



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Prevenção de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde – Contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Segurança e Qualidade dos Cuidados

Cláudia Patrícia Machado Jacinto

Orientação: Professora Margarida Malcata

Professora Doutora Ana Lúcia Ramos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019





INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Prevenção de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde – Contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Segurança e Qualidade dos Cuidados

Cláudia Patrícia Machado Jacinto

Orientação: Professora Margarida Malcata

Professora Doutora Ana Lúcia Ramos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

Aos meus pais (in memoriam).
Ao meu marido e aos meus filhos.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Margarida Malcata e à minha coorientadora, Professora Doutora Ana Lúcia Ramos, pelo incentivo, por acreditarem em mim e no meu potencial, pelo apoio incondicional, bem como por toda a orientação científica e ajuda nos momentos difíceis, tornando assim possível a concretização deste desafio.

Aos Enfermeiros orientadores de estágio, pela capacidade de orientação e dedicação, tendo sido realmente agentes facilitadores do processo de mudança e crescimento profissional. A todos os enfermeiros com os quais tive a oportunidade de trabalhar, que também tanto me ensinaram durante este percurso e ao longo dos diversos contextos de estágio. A todos os que aceitaram participar no estudo, permitindo assim a sua concretização.

Aos meus filhos, Lara e Rodrigo, pela presença constante e incondicional nos bons e maus momentos, bem como pela ajuda que me deram a entender a real dimensão da parceria de cuidados. Vocês são a minha razão de seguir sempre em frente...

Ao Nuno Ferro, por tudo o que não consigo exprimir em palavras, mas sinto...

Por fim, o meu agradecimento a todas as pessoas que sabem quem são... e que mesmo sem as nomear, contribuíram de alguma forma para a realização deste relatório.

RESUMO

A resistência aos antimicrobianos é um problema crescente de saúde pública, para o qual contribui a prevalência das infeções associadas aos cuidados de saúde e que têm maior prevalência em idade pediátrica, sendo o controlo de infeção fundamental e imperativo para a segurança e qualidade dos cuidados.

Na linha de investigação da “Segurança e Qualidade de vida” e através da adoção da metodologia de trabalho de projeto, foram realizadas intervenções adaptadas às necessidades e particularidades de quatro contextos distintos, com o objetivo de contribuir para a promoção de um efetivo controlo de infeção em pediatria.

Para um efetivo controlo de infeção, conclui-se que é fundamental sensibilizar os profissionais para a problemática e incentivar a participação dos pais, através do estabelecimento de uma verdadeira parceria de cuidados, no cumprimento das medidas necessárias. As intervenções centraram-se na resolução de problemas específicos de cada contexto, o que se demonstrou importante e motivador para os enfermeiros.

Todo o percurso formativo é enunciado ao longo do relatório, bem como a reflexão sobre o seu contributo para a aquisição das competências de mestre, comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

Palavras-Chave: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Segurança e Qualidade; Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde; Controlo de Infeção; Modelo de Parceria de Cuidados em Enfermagem Pediátrica; Criança e Família

ABSTRACT

Antimicrobial resistance is a growing problem of public health, which contributes to the prevalence of infections associated with health care and which are more prevalent in the pediatric age, being infection control fundamental and imperative for the safety and quality of care.

In the line of research on "Safety and Quality of Life", and through the adoption of the methodology of project work, interventions were made adapted to the needs and particularities of four distinct contexts, with the aim of contributing to the promotion of effective infection control in pediatrics.

For effective infection control, it is concluded that it is essential to raise awareness among professionals about the problem and to encourage parental participation, through the establishment of a true partnership of care, in the fulfillment of the necessary measures. The interventions focused on solving specific context problems, which proved to be important and motivating for nurses.

The entire training course is articulated throughout the report, as well as the reflection on its contribution to the acquisition of the master competences, common and specific of the specialist nurse in child and pediatric health nursing.

Keywords: Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing; Security and Quality; Healthcare Associated Infections; Infection Control; Partnership Model of Paediatric Nursing; Child and Family

LISTA SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

CVC – Cateter Venoso Central

DGS - Direção Geral de Saúde

ECDC - European Centre For Disease Prevention and Control

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EPI - Equipamentos de proteção individual

IACS - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

ICN - The International Council of Nurses

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

NIDCAP - Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do Recém-Nascido

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PALOP - Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PNCI- Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

PNSIJ - Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV - Plano Nacional de Vacinação

PORDATA - Base de Dados de Portugal Contemporâneo

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos.

RAM - Resistência dos Microrganismos aos Antimicrobianos

RN - Recém-Nascido

RNU - Registo Nacional de Utentes

SABA - Solução antisséptica de base alcoólica

SAP- Serviço de Atendimento Permanente

SAVP - Suporte Avançado de Vida Pediátrico

SIOPE - Sociedade Europeia de Oncologia Pediátrica

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SO - Sala de Observações

UCCI - Unidades de Cuidados Continuados Integrados

UCIN - Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UICD - Unidade de Internamento de Curta Duração

UNICEF - United Nations Children's Fund

UUP - Unidade de Urgência Pediátrica

Índice Geral

INTRODUÇÃO	12
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	17
1.1. Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde	17
1.1.1. A resistência antimicrobiana e os custos associados	18
1.1.2. Importância e dados epidemiológicos – Realidade Portuguesa	19
1.1.3. Controlo de infeção em pediatria	20
1.2. Segurança e Qualidade dos Cuidados em Pediatria	24
1.3. Modelo da Parceria de Cuidados: O Inegável Contributo para o Controlo de Infeção em Pediatria	28
2. PREVENÇÃO DE IACS – CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA NA SEGURANÇA E QUALIDADE DOS CUIDADOS: DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE ESTÁGIO.....	31
2.1. Estágio I – Promover a Saúde e o Desenvolvimento Saudável da Criança/Jovem em Parceria com a Família	31
2.1.1. Caracterização do local de estágio	32
2.1.2. Prevenção de IACS – Contributo do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica na segurança e qualidade dos cuidados: projeto em contexto de estágio	34
2.1.3. Análise reflexiva das aprendizagens.....	39

2.2. Estágio Final – Cuidar da Criança/Jovem e Família em Situação de Especial Complexidade	42
2.2.1. Caracterização dos locais de Estágio	42
2.2.1.1. Unidade de urgência pediátrica	43
2.2.1.2. Serviço de internamento de oncologia pediátrica	45
2.2.1.3. Unidade de cuidados intensivos neonatais	47
2.2.2. Prevenção de IACS – Contributo do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica na segurança e qualidade dos cuidados: projeto em contexto de estágio	50
2.2.2.1. Serviço de urgência pediátrica	50
2.2.2.2. Serviço de internamento de oncologia pediátrica	53
2.2.2.3. Unidade de cuidados intensivos neonatais	56
2.2.3. Análise reflexiva das aprendizagens	57
2.2.3.1. Unidade de urgência pediátrica	58
2.2.3.2. Serviço de internamento de oncologia pediátrica	61
2.2.3.3. Unidade de cuidados intensivos neonatais	64
3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	72
3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	72
3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	80

3.3. Competências de Mestre	96
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
REFERÊNCIAS.....	105
ANEXOS	CXXI
ANEXO A - Certificado de participação no “Curso Básico de Cuidados Paliativos Pediátricos”, realizado no Hospital São Bernardo – Setúbal.....	CXXII
ANEXO B - Parecer da comissão de Ética para a Saúde	CXXIV
ANEXO C - Certificado de participação no Curso de Suporte Avançado de Vida Pediátrico..	CXXVI
APÊNDICES	CXXVIII
APÊNDICE A - Questionário aplicado à Equipa de Enfermagem de UCSP.....	CXXIX
APÊNDICE B - Pedido de autorização à UCSP para a realização do questionário	CXXXIV
APÊNDICE C - Resultado dos questionários: Caracterização da equipa da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.....	CXXXVII
APÊNDICE D - Resultados dos questionários: Dados obtidos na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.....	CXXXIX
APÊNDICE E - Plano da sessão de formação apresentada na UCSP	CXLVI
APÊNDICE F – Questionário de avaliação da formação apresentada na UCSP	CXLIX
APÊNDICE G - Síntese dos resultados dos questionários de Avaliação da Sessão de formação realizada na UCSP.....	CLI
APÊNDICE H - Plano da sessão de formação apresentada na UUP.....	CLIV

APÊNDICE I – Questionário de avaliação da formação apresentada na UUP	CLVII
APÊNDICE J - Síntese dos resultados dos questionários de Avaliação da Sessão de formação realizada na UUP	CLX
APÊNDICE K – Jogo desenvolvido no Serviço de Internamento de Oncologia “Estou em Isolamento”	CLXIV
APÊNDICE L - “A Carta do Bebê aos Papás”	CLXVI
APÊNDICE M - Artigo de Revisão Integrativa da Literatura - “A necessidade de empowerment dos pais no controlo de infeção”	CLXVIII
APÊNDICE N - Questionário aplicado às Equipa de Enfermagem de um Serviço de Urgência Pediátrica, Serviço de Internamento de Pediatria e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	CLXX
APÊNDICE O - Resultado dos questionários: Caracterização da equipa da Urgência Pediátrica, Internamento de Pediatria e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	CLXXXIII
APÊNDICE P - Resultados dos questionários: Dados obtidos após análise conjunta dos três Serviços (Serviço de Urgência Pediátrica, Serviço de Internamento de Pediatria e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais)	CLXXXVI
APÊNDICE Q - Resultados dos questionários: Dados obtidos no Serviço de Urgência Pediátrica, Internamento de Pediatria e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	CCII

INTRODUÇÃO

O controlo de infeção assume-se como fundamental nos cuidados de saúde e com importância em crescendo, sendo defendido a sua integração nas prioridades dos profissionais de saúde (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2011), tendo mesmo um papel chave no combate a um dos maiores flagelos da atualidade, o constante crescimento da Resistência dos Microrganismos aos Antimicrobianos (RAM). Segundo O'Neill (2016), a RAM é responsável por um enorme aumento de custos, seja em vidas, seja financeiro, com um crescimento que levará a mais mortes que o cancro, num futuro relativamente próximo e caso nada seja feito. O mesmo autor defende um programa abrangente, onde os profissionais de saúde desempenham um papel vital, demonstrando que o investimento feito no âmbito da pesquisa e nos profissionais é bastante abaixo do que é recomendado.

Portugal não é insensível à problemática, demonstrando existir uma preocupação crescente com o controlo de infeção e a RAM. Em 2007 existe um marco importante, com a criação Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI), assistindo-se a uma grande evolução ao nível do controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos, subsistindo a necessidade de melhorar a vigilância epidemiológica e investir na dádiva de informação aos profissionais de saúde (Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos [PPCIRA], 2018).

O controlo de infeção assume primordial importância no que diz respeito à segurança e qualidade dos cuidados, assumindo-se como um dos objetivos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho nr.º 1400-A, 2015), que por sua vez está integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 (Despacho nr.º 5613, 2015). Assim, facilmente se compreende que é impossível falarmos de cuidados de qualidade sem estar alicerçada uma verdadeira cultura de segurança do paciente e consequentemente, sem se ter como prioridade o controlo de infeção.

Contudo, em idade pediátrica, o controlo de infeção assume especial complexidade, existindo várias dificuldades acrescidas. Salienta-se a imaturidade imunológica, a utilização de espaços comuns e a maior proximidade dos profissionais de saúde (Siegel, Rhinehart, Jackson & Chiarello, 2007), como fatores que contribuem para a potenciação da transmissão da infeção nesta faixa etária. No último Relatório de Saúde Infantil e Juvenil (Ministério da Saúde,

2018a:61), é mesmo reforçado que “Em contexto neonatal e pediátrico, as infeções associadas aos cuidados de saúde e, conseqüentemente, as resistências aos antimicrobianos apresentam primordial importância dado o desenvolvimento e maturação incompletos do sistema imunitário(...)”, sendo ainda reforçada a “(...)primordial importância o cumprimento rigoroso das precauções básicas em controlo de infeção, nomeadamente as boas práticas de higiene das mãos, assim como das precauções baseadas nas vias de transmissão.” (Ministério da Saúde, 2018a:61). Assim, facilmente se conclui que os profissionais de saúde detêm um papel fundamental no âmbito do controlo de infeção, assumindo-se o enfermeiro, segundo o International Council of Nurses (ICN) (2017), como o elemento chave, na medida em que está numa posição central e privilegiada para promover a educação dos utentes e suas famílias.

Numa posição privilegiada para a prestação de cuidados à criança e sua família está também o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), uma vez “(...) que trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa), para promover o mais elevado estado de saúde possível(...)” (Regulamento nº 422, 2018:19192). Ao desenvolvimento das suas competências está intimamente associada a qualidade e segurança dos cuidados, cabendo-lhe a função de coordenar, implementar e manter medidas preventivas de controlo de infeção (Regulamento nº 140, 2019). O controlo de infeção, além de mais complexo, é essencial na medida em que a taxa de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) em pediatria é superior à dos adultos (Zingg, Hopkins, Gayet-Ageron, Sharland & Suetens, 2017), sendo esta também a realidade Portuguesa (PPCIRA, 2018). Assim, o EEESIP assume uma complexa prestação de cuidados, onde a qualidade vai desde a segurança dos mesmos ao preconizado estabelecimento de uma relação de parceria com a família, como se pode verificar quer no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, quer no regulamento das Competências Específicas do EEESIP. Deste modo, fica perceptível que dada a constante presença dos pais e para que exista um efetivo controlo de infeção é necessária a educação dos mesmos (Siegel et al., 2007).

Associando a dificuldade do controlo de infeção em pediatria, à sua premente necessidade, pela sua estreita colaboração no combate à RAM e importância para a segurança e qualidade dos cuidados, com a imprescindível inclusão dos pais nessa mesma estratégia, fica justificada a

pertinência do tema Prevenção de IACS – Contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Segurança e Qualidade dos Cuidados.

O interesse pessoal no tema emerge após serem iniciadas funções num serviço de internamento de pediatria, constatando-se de imediato a dificuldade existente em se cumprir e fazer cumprir as medidas necessárias para o controlo de infeção. Na realidade, os anos de experiência em internamento de adultos, onde a necessidade de isolamento, motivada pela presença de microrganismos multirresistentes, era uma realidade constante, serviram para compreendermos rapidamente o longo caminho que havia a percorrer na área pediátrica e em relação a uma temática vital para a segurança dos cuidados.

Assim, tendo em conta a dificuldade do controlo de infeção em pediatria e inserido na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida”, define-se o percurso formativo no âmbito da promoção do controlo de infeção, com especial foco no estabelecimento de uma parceria de cuidados, essencial para o controlo de infeção.

O presente relatório, que se insere na unidade curricular Relatório, que por sua vez é integrante do segundo Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, tem como objetivo descrever, de forma reflexiva, as atividades desenvolvidas ao longo do percurso formativo, com particular enfoque nas unidades curriculares de Estágio I e Estágio Final, bem como analisar o contributo inegável que o mesmo deu na aquisição das competências de mestre e competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

Para comprovar a sua aquisição, será descrito todo um trajeto formativo que se subdividiu em dois estágios distintos. O Estágio I decorreu no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários e o Estágio Final subdividiu-se em três contextos distintos, Urgência Pediátrica, Internamento de Pediatria Oncológica e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Tendo em conta a especificidade e dificuldade inerente a cada contexto, ficará devidamente explicitado o contributo de cada para o crescimento profissional e para o corpo de conhecimentos e competências que foram sendo adquiridas.

Serve ainda o presente relatório para descrever o projeto desenvolvido em contexto de estágio e cujo tema já foi anteriormente explicitado. O desenvolvimento desse projeto

alicerçou-se na metodologia de trabalho de projeto, que segundo Ferrito, Nunes & Ruivo (2010), é uma metodologia centrada na resolução de problemas em contexto real, através da qual existe um efetivo ganho de competências.

A elaboração deste projeto teve como objetivo primordial contribuir para a promoção de um efetivo controlo de infeção em pediatria, tendo sido delineados dois objetivos específicos. Sensibilizar os enfermeiros para a promoção da segurança da criança/pais e promover a parceria de cuidados como estratégia de controlo de infeção em pediatria foram os dois objetivos específicos delineados.

Estruturalmente e após a presente introdução, onde se procedeu a uma breve contextualização, justificação da escolha do tema e sua pertinência e ao delinear dos objetivos, este relatório está subdividido em quatro capítulos distintos. Primeiramente é concretizado o enquadramento conceptual, onde é realizada a contextualização e relacionamento entre a problemática da RAM, a importância do controlo de infeção em Pediatria, quer para o seu combate quer para a promoção da segurança e qualidade dos cuidados, culminando no modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, que se demonstra como sendo o pilar para um efetivo controlo de infeção nesta faixa etária.

No segundo capítulo serão descritas, pormenorizadamente, as atividades desenvolvidas no âmbito do projeto desenvolvido em estágio, bem como os contextos onde o mesmo se desenvolveu. Tendo em conta a especificidade de cada serviço, optámos por realizar um diagnóstico de situação em cada contexto de estágio, com o consequente planeamento e execução de intervenções dirigidas às reais necessidades demonstradas. No final da descrição das intervenções realizadas em cada contexto é sempre elaborada a sua avaliação reflexiva.

No penúltimo capítulo realizamos, em complementaridade, uma análise reflexiva da aquisição das competências comuns, competências específicas do enfermeiro especialista e competências de mestre, onde coexiste a fundamentação da sua aquisição com base em todo o percurso formativo desenvolvido. Por fim surge a conclusão, onde é realizada a análise da consecução dos objetivos e onde é reiterada uma questão que acabou por se levantar com a realização do projeto.

Todo o trabalho foi desenvolvido, relativamente à sua formatação, de acordo com os critérios definidos pela norma de referenciação da American Psychological Association, 6ª edição.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

É imperativo compreender a pertinência e necessidade de intervir no âmbito da temática desenvolvida neste relatório, sendo para isso crucial enquadrar a mesma no referencial teórico disponível atualmente. Assim, importa organizar e interligar os principais conceitos, de forma a ser possível demonstrar o caminho percorrido até à formulação do problema (Fortin, 2009). Desde já, denota-se que o controlo de infeção se demonstra como uma prioridade absoluta no âmbito da prestação de cuidados e que acaba por ser um tema central na linha da “Segurança e Qualidade de Vida”. Além disso, existe todo um acréscimo de dificuldade no seu cumprimento em pediatria.

De forma a demonstrarmos isso mesmo, serve o próximo capítulo para desenvolver a conceptualização dos conceitos chave e que permitiram o desenvolvimento de todo o trabalho. Assim, será descrita a problemática basal que é a RAM, com potencial para comprometer a capacidade do combate às infeções das gerações futuras, a prevalência de IACS a nível nacional, o caminho já percorrido e a importância de continuar a investir no seu controlo para uma prestação de cuidados segura e de qualidade. Além disso, será enquadrado o controlo de infeção em pediatria, o que nos leva até à imprescindibilidade de educar e capacitar os pais para que esse mesmo controlo seja efetivo, remetendo-nos para a importância de existir uma verdadeira parceria de cuidados. Assim, ficará demonstrado que a parceria de cuidados é um elemento chave, na consecução do objetivo global, de promover o controlo de infeção em Pediatria.

1.1. Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

As infeções associadas aos cuidados de saúde, tal como o nome indica, são infeções adquiridas pelos utentes em consequência dos cuidados de saúde prestados. As IACS estão intimamente relacionadas com o crescimento da RAM, ao mesmo tempo que são passíveis de causar dano aos utentes. Neste sentido, segundo o PPCIRA (2018:4), “(...) nenhum país e nenhuma unidade de saúde pode ignorar as implicações destas infeções e o seu impacto nos utentes, nas unidades de saúde e na comunidade, como o aumento da morbilidade e a mortalidade, prolongamento do tempo de internamento e aumento de custos em saúde.”. Além disso, na Europa existe maior taxa de incidência de IACS em idade pediátrica, ao mesmo tempo

que lhes estão associadas maiores taxas de mortalidade e morbilidade a longo prazo, como iremos demonstrar em seguida. Fica então justificada a pertinência e importância de desenvolver intervenções que minimizem o impacto que as IACS têm na idade pediátrica, procedendo-se de seguida à conceptualização desta temática.

1.1.1. A resistência antimicrobiana e os custos associados

Ao longo do desenvolvimento do homem e da medicina existiram sempre variadas doenças e agentes patogénicos passíveis de causar a morte ao ser humano. Neste sentido, a medicina foi evoluindo ao longo dos anos, aumentando a esperança média de vida, conseguindo desenvolver medicação dirigida a esses diversos agentes patogénicos, nomeadamente, antimicrobianos.

Por um lado, com o aumento da esperança média de vida e um envelhecimento real da população, emergiu também uma maior vulnerabilidade da mesma. A Direção Geral de Saúde (DGS) (2007:4), assume que “À medida que a esperança de vida aumenta e que dispomos de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, e de maior número de doentes em terapêutica imunossupressora, aumenta também o risco de infeção.”. Por outro lado, o uso abusivo desta terapêutica, possibilitou aos agentes patogénicos o desenvolvimento de uma imunidade própria, chegando o ser humano à data atual com a difícil tarefa de combater agentes multirresistentes, tornando mais lento o tratamento, culminando muitas vezes numa maior mortalidade (DGS, 2007). Segundo a OMS (2001), a tríade que existe na combinação de doentes altamente suscetíveis, com o uso prolongado de antimicrobianos e elevados níveis de infeção cruzada, culminou na crescente taxa de infeções nosocomiais com bactérias altamente resistentes.

Torna-se então fundamental realçar os custos efetivos que esta problemática pode ter, sendo devidamente referenciado pela OMS (2001:1) que a “Resistência custa dinheiro, meios de subsistência e vidas e ameaça a eficácia dos programas de distribuição de saúde”. Efetivamente e se nada for feito, num futuro demasiado próximo, pode haver um custo demasiado alto em vidas, prevendo-se que em 2050 morram cerca de dez milhões de pessoas devido à RAM, ultrapassando assim a mortalidade causada pelo cancro (O’Neill, 2014). Estes

números são justificação suficiente para que exista uma séria preocupação governamental com a temática, bem como um investimento real nesta crise de saúde pública.

Dados recentes da Comissão Europeia (2017a), demonstram que a RAM é responsável atualmente por 700000 mortes no mundo, com aumento do sofrimento humano e redução da produtividade das populações, tendo um custo efetivo de 1,5 biliões de euros por ano só na Europa. O World Bank Group (2017), elabora mesmo um relatório acerca desta problemática, onde estima que em 2050 a RAM possa causar uma crise económica global similar à crise financeira de 2008, afetando primordialmente os países mais vulneráveis economicamente.

Já em 2001 a OMS emanava algumas recomendações, com vista à mitigação da RAM, posição agora reforçada pela Comissão Europeia (2017a), fazendo parte desse plano estratégico a adoção de medidas que visam diminuir a taxa de incidência de infeções associadas aos cuidados de saúde, sendo fundamentais neste processo os profissionais de saúde.

Neste sentido e no que respeita à prestação de cuidados, a OMS (2001) é perentória, referindo ser crucial a sensibilização, formação e treino dos profissionais de saúde. De realçar que o enfermeiro tem um papel central na comunicação interdisciplinar e uma posição chave na educação dos utentes, famílias e comunidade, dando assim o seu primordial contributo no combate às infeções e RAM, com consequente diminuição dos custos (ICN, 2017).

1.1.2. Importância e dados epidemiológicos – Realidade Portuguesa

As IACS dão sem dúvida um enorme contributo ao agravamento da RAM e têm só por si um impacto na morbilidade, mortalidade e custos económicos. Tendo em conta a afirmação anterior e indo ao encontro da OMS, a DGS (2007:7) reconhece que as IACS são uma problemática nacional de “(...) grande acuidade, afetando não só a qualidade da prestação dos cuidados, mas também a qualidade de vida dos doentes e a segurança dos doentes e dos profissionais, aumentando exponencialmente os custos diretos e indiretos do sistema de saúde.”. A mesma entidade veio em 2007 reformular o PNCI que, apesar de mais abrangente e multisetorial, vem dar enfoque à necessidade das unidades de saúde, através da sua própria comissão de controlo de infeção, desenvolverem uma maior vigilância epidemiológica,

procederem à devida formação e informação dos profissionais e elaborarem e divulgarem normas e recomendações de boas práticas (DGS, 2007).

Desde então, tem sido percorrido um caminho que visa diminuir, de forma sustentada, a taxa de IACS em Portugal, estando o nosso país mesmo assim aquém da média Europeia. Contudo, não nos podemos esquecer que Portugal esteve submergido numa grave crise económica nos últimos anos. No entanto, apesar da grave crise económica a que o país esteve sujeito, com o consequente impacto no setor da saúde tão falado ainda nos dias de hoje, é de realçar que existiu nos últimos 5 anos um decréscimo das principais infeções associadas aos cuidados de saúde. Este decréscimo é facilmente constatável no relatório do PPCIRA (2017), tendo diminuído a taxa de incidência de IACS de 10,5% em 2012 para 7,8% em 2016. Contudo, continua a existir uma diferença significativa entre Portugal e a média Europeia, que atinge os 6,1%, ficando explícito que existe ainda um longo caminho a percorrer.

Apesar da melhoria existente, no que respeita à prevalência de IACS em Portugal, importa aferir que, apesar de não estar explícito nas tabelas demonstrativas ou gráficos já expostos no relatório do PPCIRA (2017:8), existe um dado que vai contra a boa evolução já demonstrada no controlo das IACS, sendo referido que “Nas UCI neonatal, a sépsis associada a CVC por 1000 dias de exposição foi em 2016 de 12,6 (variação entre 9,5 em 2008 para 12,6 em 2016)”. Durante a elaboração deste relatório, o PPCIRA (2018) torna público o seu relatório anual intitulado Infeções e Resistência aos Antimicrobianos, onde se pode constatar a existência de uma subida da taxa de infeção associada ao cateter venoso central nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), com uma variação de 5,8% entre 2013 e 2017, tendo-se fixado este último ano nos 13,7%. É então notória a subida e significativa a prevalência de IACS na sépsis associada ao cateter venoso central (CVC), enquanto que nos adultos a tendência é oposta e de acentuado decréscimo. Muitas podem ser as variáveis para a ocorrência desta realidade, como por exemplo dotações insuficientes ou a menor sensibilização dirigida aos profissionais desta área, sendo certo que é preocupante e que denota necessidade de intervenção na área do controlo de infeção.

1.1.3. Controlo de infeção em pediatria

Não se pode falar de controlo de infeção sem falar das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), estando elas devidamente enunciadas e fundamentadas na norma 029/2012 (DGS, 2013a). Estas são sem dúvida o pilar onde assentam os pressupostos essenciais do controlo de infeção em Portugal. Contudo, não se pode resumir o controlo de infeção em Pediatria à aplicação dessa norma, uma vez que existem especificidades e dificuldades acrescidas nesta faixa etária.

A hospitalização só por si pode provocar o mais variado leque de comportamentos e reações numa criança. Segundo Hockenberry & Wilson (2014:1026) “Os principais stressores da hospitalização incluem a separação dos pais e entes queridos; o medo do desconhecido; a perda de controlo e autonomia; a lesão corporal, que resulta em desconforto, dor e mutilação; e o medo da morte.”, variando, por exemplo, com a idade de desenvolvimento ou as experiências anteriores.

Sendo na maioria dos casos inseparáveis dos seus filhos, também os pais experienciam um leque de sentimentos e reações adversas à realidade do internamento. Segundo Hockenberry & Wilson (2014), a hospitalização é a maior fonte de stress para a família, variando as reações e os sentimentos decorrentes da mesma, sendo os mais comuns o medo, a ansiedade e a frustração. Apenas com a perceção das dificuldades acrescidas no controlo de infeção nesta faixa etária e com a noção de que o ambiente hospitalar afeta tanto a criança como os pais, o enfermeiro pode adotar estratégias que visem promover um efetivo controlo de infeção.

Segundo o Siegel et al. (2007), são vários os fatores que potenciam a transmissão cruzada nesta faixa etária, salientando-se a imaturidade imunológica, a incompleta vacinação, a permanência de maior número de crianças infetadas nas enfermarias pediátricas comparativamente com as de adultos, a existência de salas comuns para brincar e por último a maior proximidade entre os profissionais de saúde com as crianças durante a prestação de cuidados. Os próprios brinquedos das crianças podem ser um problema e de forma a demonstrar esta afirmação, realçamos um estudo muito recente realizado por Hardy et al. (2018), que se desenvolveu a partir da pesquisa bacteriológica de 53 ursos de peluche de crianças que sofreram traumatismo com necessidade cirúrgica. Os resultados são impressionantes e Hardy et al. (2018), chegaram à conclusão da existência de bactérias em 100% dos 53 ursos de peluche, algumas delas multirresistentes. Contudo, brincar faz parte do crescimento e desenvolvimento

da criança e para diminuir o risco, segundo Sheahan et al. (2015), deve existir um incremento da limpeza ambiental, com especial ênfase nas áreas de maior circulação e sala de brinquedos.

A constante presença dos pais é um fator diferenciador e determinante no controlo de infeção em Pediatria, devendo os mesmos ser elementos ativos com vista à sua efetividade. A não adesão dos pais às medidas essenciais a implementar, é inclusivamente vista pelos profissionais como um fator de risco para a propagação da infeção (Dramowski, Whitelaw & Cotton 2016). Segundo o Siegel et al. (2007) os familiares e visitantes podem e devem ser parte da parceria na prevenção e controlo de infeção, devendo para isso ser devidamente informados no que diz respeito principalmente às PBCI. É ainda essencial demonstrar os riscos para a criança e sua família do não cumprimento das medidas recomendadas, bem como informar acerca do correto uso dos equipamentos de proteção individual (EPI), devendo os profissionais estar sempre disponíveis e dotados dos conhecimentos necessários para fazer as devidas explicações e esclarecer todas as dúvidas que sejam colocadas (Siegel, 2007).

A dificuldade torna-se acrescida quando é necessário proceder ao isolamento de uma criança, uma vez que segundo Cardim, Santos, Nascimento & Biesbroeck (2008), o isolamento gera uma barreira invisível entre a criança e o mundo externo, o que provoca stress na criança e nos pais. Contudo, esta é uma das estratégias largamente utilizadas na presença de risco de infeção cruzada, uma vez que é comprovadamente eficaz e essencial (Mileski et al., 2018).

Parece importante a referenciação de um estudo que comprova que os conhecimentos transmitidos aos pais acerca do isolamento e suas precauções são insuficientes. Neste sentido, Rabelo & Souza (2009), através da realização de entrevistas aos pais e acompanhantes de crianças em isolamento de contacto concluíram que, as informações transmitidas eram insuficientes e baseavam-se apenas em alguns procedimentos, como a lavagem das mãos ou à restrição à unidade. Nesse mesmo estudo verificou-se que os pais sentiam que era insuficiente o esclarecimento de dúvidas que surgiam acerca das medidas a implementar, sendo ainda inexistente a validação da apreensão e colocação em prática das informações transmitidas pelos enfermeiros.

De forma a mitigar as dúvidas existentes e segundo o Siegel et al. (2007), o momento ideal para introduzir informações acerca do isolamento e das precauções baseadas na via de transmissão, é quando existe a confirmação da necessidade das mesmas e estas se iniciam,

podendo ser complementadas através da dádiva de informação escrita, tal como panfletos, guias ou fichas informativas.

Por um lado, torna-se fundamental a inclusão dos pais na estratégia de controlo de infeção, uma vez que o início da propagação de um agente infeccioso pode ter origem nos próprios pais (Lister et al., 2015) e, por outro lado, é essencial a verificação por parte dos profissionais acerca do cumprimento dessas mesmas medidas (Tsiatsiou et al., 2014). O défice de formação e informação transmitida aos pais, é mesmo referenciado como uma das principais barreiras ao controlo de infeção (Mileski et al., 2018).

Contudo, para que o enfermeiro tenha capacidade para instruir e incluir os pais na estratégia de controlo de infeção, também ele tem que estar sensibilizado e ter a formação adequada para responder às dificuldades acrescidas no controlo de infeção em Pediatria. Fica demonstrado no estudo de Dantes et al. (2016) que, após a formação e monitorização dos enfermeiros, no que diz respeito à adesão às precauções básicas de controlo de infeção, existiu uma melhoria significativa no controlo de uma transmissão cruzada de *Clostridium Dificile*. Mais uma vez, Mileski et al. (2018), demonstrou na sua revisão da literatura, que uma má adesão às medidas de controlo de infeção por parte dos profissionais, é uma das principais barreiras à existência de um efetivo controlo de infeção.

Contudo, existe um fator fundamental a ter em conta e que diz diretamente respeito à existência de um número adequado de profissionais de enfermagem. A carência de profissionais ou a sobrelotação dos internamentos é vista por Dramowski et al. (2016) como um fator que potencia a propagação da infeção. Por outro lado, Mileski et al. (2018) volta a referir que a carência de profissionais, ou de uma dotação adequada face às necessidades, é uma das principais barreiras encontradas no controlo de infeção em Pediatria. De forma a demonstrar isto mesmo, salienta-se o estudo de Mavroidi et al. (2014), onde existe o reaparecimento de uma transmissão cruzada durante o período de férias dos enfermeiros, com consequente diminuição do rácio enfermeiro/doente. A contrastar, Hensel et al. (2017), demonstram a eficácia no controlo de vários agentes infecciosos multirresistentes numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, após a adequação do número de enfermeiros à norma vigente no país acerca das dotações seguras.

Ficou então perceptível a dificuldade inerente ao controlo de IACS em Pediatria, quer pelas reações das crianças e pais, quer pelo nível de formação e conhecimentos que os profissionais desta área devem ter para responder às suas necessidades. Por outro lado, ficou ainda demonstrado que os pais e outras visitas devem ser educados para possibilitar um efetivo controlo de infeção, devendo ser fornecidos materiais informativos que facilitem a perceção da problemática e esclareçam o essencial dos procedimentos a adotar.

Fica perceptível que a maioria das medidas de controlo de infeção enunciadas não são exclusivas da idade pediátrica. O isolamento, dotações seguras, a formação dos profissionais, a limpeza ambiental, entre outras, são fundamentais, mas concomitantes e transversais a todas as faixas etárias. O real elemento diferenciador acaba por ser a necessidade de inclusão e *empowerment* dos pais na estratégia de controlo de infeção.

Torna-se então crucial sensibilizar e educar os profissionais, pais e as próprias crianças, para a necessidade da adesão e cumprimento das medidas essenciais do controlo de infeção, sendo este essencial para uma efetiva segurança e consequente qualidade dos cuidados. Contudo, apenas é possível exigir e fomentar a adoção destas práticas por todos os intervenientes se os próprios profissionais forem possuidores de um corpo de conhecimento sólido, que seja colocado em prática e que sirva de orientação. Albert Schweitzer, filósofo e médico alemão que viveu entre 1875 e 1965 deixou uma célebre frase escrita no tempo e que se enquadra perfeitamente na temática supracitada e no contemporâneo: “Dar o exemplo não é a melhor maneira de influenciar os outros. É a única.”

1.2. Segurança e Qualidade dos Cuidados em Pediatria

Segurança e qualidade dos cuidados são, sem sombra de dúvida, temáticas atuais e que têm evoluído gradualmente e naturalmente como rúbricas prioritárias das instituições e dos próprios profissionais. A DGS, num passado muito recente, assume que a segurança do utente é mesmo uma prioridade, sendo integrante da Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde (Despacho n.º 5613, 2015). Contudo, no Relatório de Segurança dos Doentes (DGS, 2015a), pode-se constatar que o caminho a percorrer ainda é longo, uma vez que a cultura de segurança do doente ainda não é uma prioridade assumida, quer pelas instituições, quer pelos

profissionais, o que é preocupante uma vez que “A evidência tem demonstrado que as unidades de saúde que negligenciam a cultura interna de segurança e, conseqüentemente, o investimento em boas práticas clínicas têm um risco dez vezes maior de ocorrência de incidentes.” (Despacho n.º 5613, 2015).

A terminologia segurança só por si é ambígua, sendo necessário clarificá-la melhor, sendo definida pela DGS (2011:14) como “(...) a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável.”. Assim, facilmente se compreende que se são danos desnecessários, são causados à priori por comportamentos, atitudes ou erros evitáveis. Como tal, a educação dos profissionais no âmbito da segurança dos cuidados e na cultura de segurança do doente é fundamental, tendo mesmo emanado a OMS (2011) um manual de programa de estudos para a segurança do utente, dirigido a todos os grupos profissionais da área da saúde. Tendo em conta que o ensino da segurança do utente é um tema relativamente novo, este manual visa fornecer orientações necessárias e essenciais às instituições, de forma a conseguirem proporcionar um efetivo ensino aos profissionais e estudantes, bem como avaliar a apreensão dos conhecimentos.

No entanto, não basta sensibilizar e formar os profissionais, é preciso que eles existam em suficiência para fazer face às necessidades e especificidades dos serviços em que exercem funções. Neste sentido, o Regulamento nº 533/2014 (2014:30247), refere que esta dotação segura de enfermeiros é fundamental para existir a garantia de “(...) índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para a própria organização (...)”. Conforme já tinha ficado devidamente contextualizado, este é também um aspeto fundamental para que seja possível existir um efetivo controlo de infeção, controlo de infeção esse que, segundo a OMS (2011), tem que ser uma prioridade de todos os profissionais de saúde, uma vez que é um elemento chave na promoção da segurança dos utentes.

Contudo, falar de segurança em idade pediátrica torna-se mais complexo, existindo segundo Miller, Robinson, Lubomski, Rinke & Pronovost (2007), a consciência de que as crianças correm muito maior risco de sofrerem com os erros de medicação, apesar de não existir o conhecimento concreto da sua epidemiologia. Segundo o quarto Relatório do Observatório para a Segurança do Paciente, redigido por Cousins et al. (2007), a faixa etária onde existiu maior número de ocorrência de erros de medicação, foi entre os 0 e os 4 anos, sendo que em 5% dos casos se registaram eventos adversos graves que resultaram em morbilidade ou mortalidade.

Para evitar estas ocorrências e segundo Brown (2014), tendo em conta a diferença de dosagens na medicação prescrita, consoante a sua idade, peso ou grau de desenvolvimento, torna-se fundamental existir um cuidado acrescido por parte dos profissionais de saúde, devendo ser utilizada, por exemplo, a dupla verificação.

Como é óbvio, com a ocorrência de eventos adversos, cujas consequências podem ser bastante gravosas, as crianças correm maior risco de ver prolongada a sua estadia hospitalar por factos que não imputáveis à sua condição de doença inicial. Fragata (2011), enaltece este maior risco da existência de erros em idade pediátrica, bem como a consequência mais gravosa da sua ocorrência. Já Muething et al. (2012) é perentório e refere que além dos eventos adversos serem mais frequentes em idade pediátrica, eles fazem com que exista um aumento real dos dias de internamento, aumento da taxa de mortalidade e obviamente um aumento dos custos associados aos cuidados de saúde. Num estudo realizado por Brixner, Renner & Krummenauer (2016), ficou bem demonstrado que o meio hospitalar envolvente à criança está repleto de microrganismos multirresistentes, tendo evidenciado a presença de agentes infecciosos diversos nos estetoscópios, bancadas e mesas de trabalho, monitores, tomadas e incubadoras. Assim facilmente se depreende que, o aumento do número de dias de internamento como consequência à existência de um erro, aumenta o risco de ocorrência de IACS. Torna-se então fundamental elucidar os profissionais para a importância de relatar o erro, sendo, no entanto imprescindível desconstruir a ideia, errada, de culpabilizar quem o comete, contribuindo assim para o crescimento de uma verdadeira cultura de segurança (Silva, Pedrosa, Leça & Silva 2016). Contudo, para que tal aconteça é necessário também existir uma mudança na forma de ver o erro a nível organizacional. Segundo Llory & Montmayeul (2014), não se pode considerar o funcionário que comete o erro o único culpado pelo acontecimento, devendo ser explorada toda a cultura de segurança e disfunções organizacionais que levaram à sua existência.

Uma das particularidades desta faixa etária é não estar sozinha, tendo por norma os seus pais ou outra pessoa significativa a seu lado. Segundo Salgado et al. (2018), os enfermeiros consideram fundamental a presença dos pais para a melhoria da sensação de segurança das crianças, contribuindo assim para a qualidade assistencial dos próprios profissionais e dos cuidados. Assim, torna-se fundamental a sensibilização dos profissionais para a necessidade de inclusão dos pais na prestação de cuidados, de forma a caminhar para uma efetiva cultura de segurança dos mesmos (Wegner, Cantarelli-Kantorski, Gerhartdt & Magalhães, 2018). Além disso, segundo Sousa et al. (2017), a inclusão dos pais como elementos ativos e críticos das

práticas de enfermagem é benéfica, na medida em que aparenta ser promotora de uma maior segurança dos cuidados à criança, não devendo os pais ser encarados como fiscalizadores, mas sim como parceiros desta área tão específica. Existe mesmo evidência de que a segurança em idade pediátrica aumenta com a melhoria da qualidade dos registos e prescrições, com o uso de listas de verificação de procedimentos, com a melhoria da verificação e validação da medicação e por fim com o verdadeiro envolvimento dos pais na prestação de cuidados (Wegner et al., 2017).

Se ficou explícito que o envolvimento dos pais é fundamental para a promoção da segurança dos cuidados, também não deixa de ser verdade que a sua inclusão é determinante para a qualidade dos mesmos. Segundo Sousa (2016:1), “A satisfação parental com os cuidados de enfermagem é um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem à criança e família, essencial à prestação de cuidados centrados na família.”. Acaba por ser fundamental compreender o que efetivamente é valorizado pelos pais, com o intuito de compreender os pontos fracos da prestação de cuidados, no sentido da melhoria da qualidade dos mesmos. Neste sentido, Sousa (2016), refere-nos que o conhecimento do grau de satisfação dos pais relativamente aos cuidados de enfermagem, permite compreender o verdadeiro papel do enfermeiro, bem como a eficácia e qualidade das intervenções. Também Santos et al. (2016), num estudo dirigido ao que é valorizado pelos pais numa urgência pediátrica e no que diz respeito aos cuidados de enfermagem, constata que os pontos de melhoria por parte da equipa de enfermagem na sua perspetiva devem ter foco na comunicação, segurança da criança e encaminhamento adequado no pós-alta.

Então, facilmente se compreende que, além dos cuidados prestados à criança, é fundamental ter em conta a díade protagonizada entre a mesma e os seus pais, prestando-se cuidados de qualidade apenas se o crescimento profissional ocorrer nesse sentido. Portanto, o enfermeiro especialista tem uma ação fundamental, uma vez que a OE (2017:3), no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem nos refere que, o EEESIP “ (...) presta cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa.”, tendo ainda como propósito desenvolver a sua prestação de cuidados alicerçada numa parceria de cuidados com a criança e sua família.

Ficou então explícito, através da contextualização feita até aqui, a inexistência de qualidade dos cuidados em pediatria se não existir segurança nos mesmos, que por sua vez não é possível sem a existência de um efetivo controlo de infeção, sendo a necessidade de inclusão dos pais o denominador comum a tudo o que foi debatido, o que nos remete indubitavelmente para o modelo da parceria de cuidados.

1.3. Modelo da Parceria de Cuidados: O Inegável Contributo para o Controlo de Infeção em Pediatria

Antes de surgir a teoria da parceria de cuidados, já em Portugal eram dados os primeiros passos no sentido de dar ênfase à importância da permanência dos pais junto dos seus filhos. Assim, a Lei nº21/81, abriu portas à permanência e acompanhamento dos pais às crianças hospitalizadas.

Obviamente, desde esse momento e até à data atual existiu uma enorme evolução dos paradigmas atuais de assistência à criança, sendo preconizada a presença dos pais nas unidades de saúde hospitalares, a sua participação na assistência e o envolvimento em todo o processo de vida da criança (Melo, Ferreira, Lima, Mello, 2014).

Contudo, para se chegar ao que é defendido atualmente, muito se deve a Anne Casey e ao desenvolvimento do seu modelo da parceria de cuidados de enfermagem. Este modelo de Casey (1993), alicerça-se no pressuposto de que a família é perita na prestação de cuidados à criança, onde são assumidos valores fundamentais como o respeito, a comunicação e consequente partilha de informação e a empatia, sempre tendo como foco principal a criança. Assim, cabe aos enfermeiros terem a capacidade de transmitir a informação necessária e realizar os ensinamentos convenientes, de forma a possibilitar uma consciente tomada de decisão, bem como permitir uma verdadeira negociação no que diz respeito à prestação de cuidados à criança, tendo sempre a noção do equilíbrio fundamental que tem que existir entre as necessidades observadas na criança, sua família e a interpretação dos próprios enfermeiros e pais.

Para a autora deste modelo, o desenvolvimento de uma verdadeira parceria de cuidados está diretamente dependente da capacidade de comunicação entre os enfermeiros e os pais.

Neste sentido, o envolvimento dos pais na prestação de cuidados à criança hospitalizada, está diretamente relacionado com o cruzamento entre a comunicação, ou ausência da mesma e a adoção de uma postura de cuidados centrados no enfermeiro ou centrados na pessoa. O desejável será a existência de uma efetiva comunicação e que os cuidados sejam centrados na pessoa, denominando Casey (1995) esta realidade de negociação, onde existe uma efetiva partilha do conhecimento que possibilita a negociação e a parceria de cuidados. Contudo, são descritas pela autora outras realidades, onde por exemplo a negociação não acontece por não existir comunicação, apesar dos cuidados poderem ser centrados na pessoa. Nesta situação concreta existe uma tendência dos enfermeiros para desculpabilizar a não comunicação e consequente não negociação dos cuidados, com a incapacidade dos pais para desempenharem a prestação dos cuidados.

Apesar deste modelo ser relativamente recente, com cerca de 30 anos de existência, é certo que um longo caminho já foi percorrido, sendo mesmo a parceria de cuidados considerada nos dias de hoje a “(...) pedra angular do cuidado centrado na família.” (Ahmann & Dokken, 2012:4). Contudo, segundo os mesmos autores, esta não é uma realidade indubitavelmente praticada pelos enfermeiros nos dias de hoje, sugerindo estes a adoção de algumas estratégias facilitadoras da sua promoção. Todas elas se baseiam essencialmente na capacidade comunicacional conforme é defendido por Casey, salientando-se, no entanto, a necessidade de os enfermeiros terem a capacidade de, na sua prestação de cuidados, utilizarem o “nós” em vez do “eu”. Segundo Ahmann & Dokken (2012), esta atitude é demonstrativa de respeito pelo papel parental e sua capacidade de prestação de cuidados à criança, sendo mesmo um convite à sua participação. Torna-se então fundamental que os profissionais, cada vez mais, tenham uma perspetiva clara das reais necessidades dos pais, uma vez que a inexistência desta perspetiva contribui ativamente para o aumento da ansiedade e insegurança dos mesmos (Melo et al., 2014). Em sentido contrário, a verdadeira aplicação deste modelo proporciona maior grau de satisfação na família e criança, diminui a ansiedade característica da hospitalização, melhora a independência e contribui ainda para a capacitação após a alta hospitalar (Pedroso, 2017).

Numa outra perspetiva, também ela importante, além dos benefícios já anteriormente descritos, Eichner & Johnson (2012), referem que a adoção desta postura de cuidados centrados na família e consequente capacitação da mesma para a prestação de cuidados à criança, acaba por trazer benefícios relativamente aos custos em saúde, existindo uma significativa redução do

número de idas aos serviços de urgência, redução do número de dias de internamento e redução do número de reinternamentos.

Assim, fazendo a triangulação entre a premente necessidade de controlo de infeção, o seu contributo para a segurança dos cuidados à criança e a necessidade de inclusão e capacitação dos pais como estratégia para que ele seja efetivo, facilmente se compreende que o pilar do controlo de infeção em Pediatria é a existência de uma verdadeira parceria de cuidados.

2. PREVENÇÃO DE IACS – CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA NA SEGURANÇA E QUALIDADE DOS CUIDADOS: DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE ESTÁGIO

Serve o presente capítulo para demonstrar o percurso desenvolvido ao longo de ambos os estágios, nos quatro contextos distintos que, sem dúvida, contribuíram para um enorme crescimento pessoal e profissional. Todos os serviços irão ser devidamente contextualizados, sendo demonstradas, de uma forma reflexiva, as aprendizagens que contribuíram para a aquisição de competências no âmbito do EEESIP e também competências de Mestre. Por fim, iremos enunciar, com base na metodologia de projeto, as intervenções desenvolvidas ao longo destes quatro contextos distintos, sendo todas elas elaboradas e implementadas de acordo com as necessidades demonstradas pelos enfermeiros e respetivos serviços.

2.1. Estágio I – Promover a Saúde e o Desenvolvimento Saudável da Criança/Jovem em Parceria com a Família

Falar de Cuidados de Saúde Primários, é falar de um dos pilares de sustentação do Serviço Nacional de Saúde. Segundo o Ministério da Saúde (2018b:43), “Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são o pilar central do SNS.”, situando-se na proximidade das populações que servem, tendo ainda um papel crucial “(...) na gestão contínua da doença crónica, primeira linha de cuidados na doença aguda, mas também na promoção da saúde e prevenção da doença, com especial relevo nas áreas da Saúde Infantil, Saúde Materna, Planeamento Familiar e Rastreio Oncológico” (Ministério da Saúde, 2018b:43). Como é óbvio, o foco deste relatório foi a saúde Infantil e no âmbito dos cuidados de saúde primários é fundamental coexistir o EEESIP, na medida em que “assiste a criança/jovem, na maximização da sua saúde” (Regulamento n.º 422,2018:19192) e “presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Regulamento n.º 422,2018:19192). Assim, fica justificada a pertinência de frequentarmos este contexto, na medida em que é fundamental para o desenvolvimento profissional e para a aquisição de competências.

Precederemos em seguida à caracterização do local onde decorreu o estágio I, bem como às intervenções realizadas e adaptadas às necessidades desse contexto no âmbito da prevenção das IACS. Por fim, iremos proceder à análise reflexiva das atividades desenvolvidas neste contexto, de como este primeiro trajeto proporcionou a sedimentação de um vasto corpo de conhecimentos, bem como o contributo que doou rumo à aquisição de competências.

2.1.1. Caracterização do local de estágio

Tendo em conta a demonstrada importância que assumem os cuidados de saúde primários, tornou-se inevitável que o primeiro estágio (Estágio I) deste percurso académico decorresse neste âmbito, nomeadamente numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), unidade esta que está integrada no Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) Alentejo Central. Os ACES, foram criados em 2008 pelo Decreto-Lei nº 28/2008, que os define como serviços públicos de saúde com autonomia administrativa. O ACES do Alentejo Central, segundo o site institucional da Administração Regional de Saúde (ARS) Alentejo (2017a), tem como missão "(...) garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população da sua área de influência, designadamente atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados" e encontra-se sujeito ao poder de direção da ARS Alentejo. A ARS Alentejo refere no seu site institucional ter como objetivo coordenar as ofertas dos serviços de saúde, bem como otimizar os recursos existentes para a prestação de cuidados à população da sua área de influência e como missão "garantir à população da sua área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade, adequando os recursos disponíveis às necessidades em saúde, cumprindo e fazendo cumprir o Plano Nacional de Saúde na região." (ARS, 2017b)

Entende-se então as UCSP, segundo o Ministério da Saúde (2011:7), como unidades de prestação de cuidados de saúde "(...) individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, por enfermeiros e por pessoal da área administrativa.", desenvolvendo a sua atividade de uma forma autónoma e em rede com as outras unidades funcionais do ACES. As UCSP têm como missão "a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos." (Ministério da Saúde, 2011:7).

A UCSP onde desenvolvemos o estágio I, iniciou a sua atividade a 20/03/2007 e encontra-se inserida no Centro de Saúde, sendo o mesmo dotado de outras unidades ou serviços, tais como, a Unidade de Cuidados Continuados, o Serviço de Atendimento Permanente [SAP] com atendimento 24h, um Serviço de Radiologia e Fisioterapia e laboratório de colheitas. Todos os serviços, à exceção do SAP, funcionam de segunda a sexta-feira. A referida unidade situa-se no piso inferior do edifício e está dividida em vários gabinetes que são partilhados pelos vários elementos da equipa multidisciplinar, sendo de destacar a sala de vacinação, sala de saúde infantil e uma sala destinada ao cantinho da amamentação devidamente equipada.

Esta UCSP pertence ao Distrito de Évora, estando inserida num dos concelhos com maior densidade populacional do distrito. Em 2017, a Base de dados de Portugal Contemporâneo (PORDATA) (2019), denota que o Concelho tem 11.422 residentes, com 51.4 de número médio de indivíduos por Km² e tem 1.453 jovens com menos de 15anos. A mesma entidade faz referência à existência de 85 nascimentos em 2017, com uma taxa de mortalidade infantil de 0‰ nesse mesmo ano. De salientar a descida gradual do número de nascimentos, uma vez que em 2011 haviam existido 96 nascimentos, valor ainda assim abaixo de 2001, ano em que ocorreram 107 nascimentos, ficando assim demonstrada a curva descendente neste indicador. De referir que, segundo a mesma entidade, no ano de 2017 a taxa bruta de natalidade no concelho de Vendas Novas foi de 7.4‰, a contrastar com os 8.4‰ de Portugal.

Segundo o Registo Nacional de Utentes RNU, na UCSP estavam inscritos, no início deste ano de 2019, 11.189 utentes. De forma a satisfazer as necessidades de saúde dos mesmos a UCSP, à data da realização do estágio, era dotada de uma equipa multidisciplinar constituída por 6 médicos, número insuficiente dada a existência de uma lista de utentes sem médico, 6 Enfermeiros, em que um é Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e que tem funções de direção e chefia, uma Enfermeira Especialistas em Enfermagem de Saude Infantil e Pediátrica e uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Medico Cirúrgica, existindo ainda 6 secretários clínicos.

O Método de trabalho utilizado nesta UCSP é o método de trabalho por equipas multidisciplinares. Destas equipas fazem parte o médico, o enfermeiro e o secretário clínico, desempenhando o enfermeiro o papel de Enfermeiro de família, “profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação

de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade." (DL 118,2014).

No que diz respeito diretamente à área de Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica, denota-se a existência de uma sala própria para atendimento de saúde infantil, uma sala de vacinação e uma sala denominada cantinho da amamentação e que se encontra devidamente equipada. As consultas de vigilância de Saúde Infantil cumprem as normas de orientação do plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil da DGS e todos os registos de enfermagem são efetuados obedecendo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e registados informaticamente no programa de sistema de apoio à prática de Enfermagem.

Em 2012 a PORDATA (2019), afere a existência de 1165 consultas de saúde infantil, que decorrem na sala destinada para o efeito e já supracitada. É de salientar que esta sala está decorada e mobilada de forma adequada para crianças, pelo que existe a tentativa de realizar as consultas a adolescentes em sala distinta. Existe também uma sala de espera específica para as crianças, mobilada e decorada em conveniência.

É ainda de salientar que as consultas são realizadas pela equipa de família, possibilitando assim a realização das consultas médica e de enfermagem no mesmo dia, procedendo-se ainda à vacinação se for o caso, programando-se a vacinação ou as avaliações subsequentes consoante a necessidade verificada. A Vacinação é ainda realizada diariamente no período da tarde, sendo estratégia adotada para a promoção do cumprimento do Plano Nacional de Vacinação (PNV), a realização de convocatórias a todas as crianças que têm vacinação em atraso.

2.1.2. Prevenção de IACS – Contributo do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica na segurança e qualidade dos cuidados: projeto em contexto de estágio

Antes de iniciarmos a descrição das atividades desenvolvidas, importa referir que a escolha do tema deste relatório aconteceu tendo por base a experiência profissional anterior ao ingresso no serviço de Pediatria. Os dez anos de profissão, em exercício de funções num serviço de internamento de Medicina, permitiram-nos aprofundar e colocar em prática procedimentos

relativos ao controlo de infeção de uma forma constante. A experiência passada serviu para rapidamente serem verificadas várias dificuldades e constrangimentos no controlo de infeção nesta área tão específica como a Pediatria.

Salientamos a existência de uma grande proximidade entre profissionais e crianças/jovens/famílias, a existência dos espaços comuns para as crianças brincarem, a dificuldade em manter uma criança num ambiente restrito, mas principalmente a dificuldade em transmitir aos pais essa necessidade, de forma a que os pressupostos essenciais do controlo de infeção sejam cumpridos. Posto isto, facilmente se compreende o interesse no tema abordado neste relatório, bem como a necessidade premente de se conseguir capacitar os pais para o controlo de infeção. Contudo, não só os pais precisam cumprir as medidas necessárias para o controlo de infeção, sendo fundamental, conforme devidamente evidenciado pela DGS (2007), a necessidade de sensibilização e formação dos enfermeiros acerca do controlo de infeção e consequente combate à RAM.

Sendo o diagnóstico de situação a primeira etapa da metodologia de projeto, tendo como objetivo a interpretação de uma realidade sobre a qual se pretende atuar, percebe-se que é uma etapa decisiva na definição do problema e dos objetivos, devendo ainda, segundo Ferrito et al., (2010), ter carácter sistémico, interpretativo e prospetivo. Assim, torna-se imprescindível definir o problema identificado e os objetivos delineados, antes de descrever a intervenção realizada.

Nesse sentido, decidimos elaborar um questionário (Apêndice A), com o intuito de compreendermos a necessidade formativa da equipa relativamente à prevenção de IACS, bem como o nível de conhecimentos da mesma relativamente aos dados estatísticos nacionais referentes a esta temática. Inevitavelmente, existiu a validação prévia do questionário por parte das professoras orientadoras, enfermeira orientadora e enfermeira chefe da UCSP. Antes da sua aplicação, realizámos o devido pedido de autorização (Apêndice B), tendo sido deferido pela enfermeira chefe e diretora da UCSP. Como também não poderia deixar de ser, foi garantida a confidencialidade dos dados e foram tidos em conta todos os aspetos éticos inerentes à aplicação do questionário, tendo por base o princípio da beneficência, do respeito pela dignidade humana e da justiça. Por fim, foi dada a possibilidade de recusa aos participantes deste estudo e em qualquer fase da sua realização, tendo sido aplicado o questionário apenas e após esclarecidas todas as dúvidas e assinado o respetivo consentimento informado, integrante do questionário.

No que diz respeito à caracterização da equipa (Apêndice C), a mesma era constituída por seis profissionais, com idades compreendidas entre os 32 e os 59 anos, com uma variação de anos de experiência profissional que oscilava entre os 10 e os 30 anos de serviço. Além disso, 50% dos enfermeiros tinham especialidade, sendo que um era EEESIP, um Especialista em Saúde Materna e Obstétrica e um Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, existindo ainda um enfermeiro com mestrado e que não especialista. Fica então demonstrado que estamos perante uma equipa com experiência profissional e com elevado nível formativo.

Em seguida desenvolvemos quatro grupos de questões e cujos resultados estão no Apêndice D. Entrando no primeiro grupo de questões, desde já é necessário salientar que apenas uma pessoa respondeu ter conhecimento da taxa nacional de IACS, existindo apenas 50% com conhecimento sobre o que é a estratégia multimodal, precisamente o mesmo número de pessoas com formação na área do controlo de infeção. Desde logo se percebeu que não existia uniformização dos conhecimentos acerca desta temática na equipa, o que é confirmado através da resposta seguinte, em que 4 dos enfermeiros responderam que a taxa de IACS é superior em meio hospitalar do que nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), podendo ser observado o contrário no relatório do PPCIRA (2017), existente à data da realização do questionário.

Através do grupo de questões que se seguiram, o grande objetivo passava por compreendermos se existiam normas de procedimentos de enfermagem e se a prática diária era realizada com base nas mesmas, uma vez que as normas, segundo Roque, Bugalho & Carneiro (2007), fornecem uma base de referência para programas de qualidade em saúde, bem como um esquema referencial de melhoria da prática clínica baseada na evidência. Todos os enfermeiros consideraram existir no serviço essas normas de procedimentos reconhecendo a sua importância, sendo que apenas um considerou que as mesmas estão adaptadas à idade pediátrica e 66,7% assumiram assentar a sua prática diária nessas mesmas normas.

No terceiro grupo de questões o objetivo passava por compreendermos se os enfermeiros consideravam existir uma limpeza ambiental suficiente, bem como circuitos adequados às crianças. Neste sentido, todos consideraram importante a descontaminação de superfícies e brinquedos, considerando 50% deles que existe descontaminação da sala de brinquedos. No entanto, com a abstenção de um dos enfermeiros, foi considerado em unanimidade que a descontaminação realizada era insuficiente para a prevenção de IACS. Ainda associado a este

grupo de questões, foi considerado por todos os enfermeiros que seria pertinente existir um circuito alternativo e exclusivo das crianças.

No último grupo de perguntas, quando questionados acerca de assertividade na lavagem das mãos, 100% dos inquiridos assumiu lavar as mãos antes e após do contacto com o doente, bem como antes da preparação e administração de terapêutica. Foi ainda colocada uma questão sobre qual o momento da lavagem das mãos com menor adesão por parte dos profissionais, em que apenas uma das pessoas respondeu corretamente. Esse momento, conforme inscrito nos dados estatísticos já referenciados, é antes do contacto com o utente.

Assim, através dos dados deste questionário, compreendemos que existiam efetivamente problemas relacionados com a limpeza ambiental, os quais necessitavam ser debatidos, com o intuito de ser encontrada uma solução, existindo ainda uma premente necessidade formativa da equipa, dada a não uniformização de conhecimentos acerca desta temática. Além disso, auscultámos a equipa de enfermagem da UCSP, incluindo enfermeira chefe, chegando à conclusão de que a formação dos profissionais relativamente à prevenção de IACS era deficitária, tendo a equipa demonstrado ainda a necessidade de uniformizar o ensino no que dizia respeito à lavagem nasal em idade pediátrica. Assim, foram levantados dois problemas de partida, nomeadamente o défice formativo da equipa de enfermagem relativamente à prevenção de IACS e a necessidade de uniformização do procedimento de lavagem nasal em idade pediátrica.

Após a realização do diagnóstico da situação procedemos à definição dos objetivos, sempre centrados na resolução da problemática, uma vez que, de acordo com Mão de Ferro (1999) os objetivos de um projeto visam os resultados que se pretendem alcançar. Nesse sentido, os objetivos delineados neste contexto de estágio foram: Formar a equipa de enfermagem da UCSP relativamente à prevenção de IACS e Uniformizar o ensino do procedimento de lavagem nasal em idade pediátrica.

Após a definição dos problemas e dos respetivos objetivos, procedeu-se ao planeamento das intervenções, fase esta também essencial no desenvolvimento do trabalho de projeto. Torna-se então crucial definir as estratégias, bem como os meios, atividades e recursos necessários, que estarão sempre condicionados pelos objetivos previamente definidos, sendo obrigatório o seu corelacionamento. Tendo em conta a definição de objetivos traçados,

facilmente se percebe que, segundo Fortin (2009), a pesquisa bibliográfica é um dos recursos essenciais a utilizar, devendo ser adotadas estratégias que garantam a especificidade e fidelidade da informação transmitida. Assim, foram realizadas pesquisas bibliográficas em bases de dados científicas relativamente a ambos os temas, tendo sido definida a elaboração de uma ação formativa denominada Limpeza Nasal para um nariz limpinho e Prevenção de IACS em Pediatria (Apêndice E), bem como a realização de um panfleto informativo sobre a lavagem nasal, de forma a uniformizar o ensino realizado e adjuvar na capacitação dos pais para o procedimento.

A etapa seguinte, da execução, acaba por ser a materialização da realização e é onde se coloca em prática todo o planeamento, assumindo elevada significância para os participantes do projeto, uma vez que através da execução existe a possibilidade de colocar em prática as vontades e necessidades das ações previamente planeadas (Ferrito et al., 2010).

Apesar de, aparentemente, não parecer ir de encontro ao tema deste relatório, importa esclarecer que vários estudos demonstram que a lavagem nasal, principalmente em crianças com patologias crónicas como sinusite ou rinite, experimentam uma melhoria significativa na sua qualidade de vida com a realização deste simples procedimento. Segundo Marchisio et al. (2014), a lavagem nasal reduz substancialmente a quantidade de secreções nasais e gotejamento em crianças, reduzindo mesmo a necessidade cirúrgica em doentes com rinosinusite. Além disso, está já devidamente demonstrado que, a realização correta desta simples técnica, contribui para um decréscimo substancial do consumo de variada medicação, tal como os Antibióticos. Segundo Principi & Esposito (2017), a realização de lavagem nasal com uma solução salina isotónica, está associada a um imediato decréscimo da carga microbiana em crianças. Assim, facilmente se compreende que, além de proporcionar uma melhoria da qualidade de vida, acaba por contribuir diretamente no combate à RAM, problemática de fundo e que sustenta a necessidade premente do controlo de infeção. A Sociedade de Pediatria de São Paulo (2016) vai mais longe e acaba por recomendar a realização desta técnica por rotina, uma vez que existem resultados que demonstram uma melhoria significativa na qualidade do sono, alimentação, respiração e também na redução do consumo de antibióticos, existindo ainda um elevado grau de satisfação por parte dos pais que adotam a utilização desta técnica.

A formação, acabou por se transformar num saudável debate acerca das principais lacunas e falhas no controlo de infeção da UCSP, com os intervenientes a adotarem uma postura reflexiva na procura de soluções viáveis a implementar de futuro.

Por fim, procedemos à avaliação das intervenções, sendo esta fundamental na medida em que permite a verificação da consecução dos objetivos definidos primeiramente (Ferrito et al., 2010). Nesse sentido, foi distribuído um questionário (Apêndice F) com o objetivo de perceber a satisfação para com a formação, sua pertinência e aplicabilidade prática. Os resultados deste questionário estão devidamente demonstrados no Apêndice G, sendo desde já necessário salientar a adesão à atividade formativa, tendo sido assistida por 100% dos profissionais, o que é demonstrativo do interesse para com a temática abordada. De enaltecer que 100% dos formandos consideraram que a formação tem validade e existe a possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos na prática diária. Um último grupo de questões foi colocado, sendo atribuídos graus às questões, em que 1 se referia a discordo totalmente e 5 a concordo totalmente. Todos os formandos concordaram totalmente com a adequação dos conteúdos e sua aplicabilidade na UCSP, com a possibilidade de reflexão proporcionada pela formação e com vista a proceder a futuras melhorias na unidade, com a aquisição de conhecimentos acerca da temática da lavagem nasal e ainda com os benefícios que a sua realização por rotina pode ter na vida de algumas crianças. No que diz respeito à utilidade da formação para sedimentação de conhecimentos acerca da RAM e IACS, um dos enfermeiros referiu concordar com esta afirmação e cinco deles concordaram totalmente.

Assim, concluímos que a formação primou pela pertinência e adequação dos temas abordados, indo de encontro às expectativas iniciais da equipa, dando importantes contributos e possibilidade de reflexão para promover melhorias de futuro.

2.1.3. Análise reflexiva das aprendizagens

Falarmos de cuidados de saúde primários é falarmos obrigatoriamente de promoção da saúde e prevenção da doença. Contudo, se pensarmos na idade pediátrica e em toda a sua especificidade e particularidades, compreendemos que para existirem cuidados de qualidade o enfermeiro tem que estar dotado de um vasto leque de conhecimentos acerca do normal

desenvolvimento da criança nas várias faixas etárias. Isto prende-se com o facto da deteção precoce, acompanhamento e respetivo encaminhamento de todas as situações que possam afetar negativamente a saúde da criança, serem as linhas mestras do Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (DGS, 2013b).

Assim, existiu a possibilidade de participação nas consultas de enfermagem, onde o principal foco se centrava na perceção do desenvolvimento infantil, na interação da díade pais e filho/s e na fundamentação dos cuidados antecipatórios considerados importantes para a faixa etária e contexto familiar relatado e observado.

Nas consultas de enfermagem de saúde infantil, existiu então a possibilidade, tendo como base o PNSIJ já mencionado e recorrendo à utilização da escala Mary Sheridan Modificada, de desenvolvermos uma capacidade de raciocínio direcionado às várias faixas etárias e consequentes necessidades de aprendizagem da família, tendo sempre em vista a redução do risco e promoção de comportamentos saudáveis. As consultas eram realizadas conforme emana a evidência, começando-se sempre por realizar os procedimentos menos constrangedores para as crianças, deixando os procedimentos menos agradáveis para o fim, fomentando sempre a participação dos pais que são fundamentais na manutenção da calma e sensação de segurança da criança (Hockenberry & Wilson; 2014).

Nestas consultas, além da realização das observações pré padronizadas, bem como o rastreamento de desvios anormais do que é espectável e aceite, existiu também a possibilidade de realizarmos ensinamentos relativamente aos cuidados antecipatórios. Segundo Antão et al. (2016), os cuidados antecipatórios assumem extrema relevância principalmente na fase em que o crescimento e as mudanças acontecem a um ritmo mais acelerado. Através da afirmação anterior, facilmente se depreende que a família tem que estar devidamente preparada e dotada de conhecimento, de forma a reduzir o risco da ocorrência de eventos adversos, como acidentes, ou despistar desvios da evolução e crescimento considerado normal. Esta é mesmo uma premissa bem patente no novo PNSIJ (DGS, 2013b), onde é dada especial atenção à valorização dos cuidados antecipatórios, como fator essencial na promoção da saúde e prevenção da doença, através da potencialização dos pais e cuidadores, munindo-os dos conhecimentos necessários para desempenharem da melhor forma o seu papel.

Também na UCSP existia a consulta do adolescente, na qual foi bastante interessante participarmos devido às características desta faixa etária, sendo fundamental e necessária existir uma adaptação na comunicação para com os mesmos. Antes de mais é necessário referenciar a inexistência de um espaço próprio para a realização destas consultas, existindo sempre o cuidado e a tentativa de, pelo menos, as efetivar num outro gabinete, sem a decoração infantil própria e aconselhada às faixas etárias anteriores. No entanto, isso nem sempre era possível, uma vez que não era garantida a disponibilidade dessa alternativa, podendo tornar-se constrangedor para os adolescentes a realização da consulta num espaço, considerado por eles, como demasiado infantil. Apesar das adversidades enunciadas, constatámos um enorme à vontade na comunicação entre os adolescentes e a EEESIP, provavelmente pela relação de confiança estabelecida ao longo dos anos, não sendo observável qualquer constrangimento com os vários temas abordados e essenciais nesta faixa etária.

Também a imunização acaba por ser uma forma de proteção e segurança, dando largo contributo no controlo da mortalidade e morbilidade infantil. Assim sendo, além de ser observado, existiu a possibilidade de verificarmos e fomentarmos o cumprimento do PNV. Conforme recomendado no PNSIJ (DGS, 2013b), existia sempre a tentativa de conciliar a data da vacinação com a das consultas, ou outros agendamentos, de forma a minimizar o número de deslocações à UCSP. Aconteceu mais que uma vez, após a verificação da existência de atraso vacinal, procedermos no imediato à regularização da situação. Muitos foram os ensinamentos realizados no âmbito da importância do cumprimento do plano vacinal, verificando-se uma muito boa taxa de adesão do mesmo na UCSP, muito provavelmente fruto da total disponibilidade e sensibilidade da equipa para esta temática e da educação à população que cuidam.

É importante e pertinente relatar que existia na UCSP o cantinho da amamentação, projeto desenvolvido e implementado pela enfermeira orientadora e EEESIP. Obviamente, existiu a possibilidade de realizarmos ensinamentos, vigilância e procedermos a correções no âmbito da amamentação e com base no desenvolvimento e estado de saúde dos envolvidos, promovendo a sua adoção em detrimento do leite artificial, estando devidamente comprovado o seu benefício, tanto para a mãe como para o bebé.

Além das atividades desenvolvidas já enunciadas, neste estágio e de âmbito académico, foi desenvolvido um estudo de caso focado numa família, sendo o estudo de caso, segundo

Galdeano, Rossi, & Zago (2003), um método que permite realizar um estudo profundo dos problemas e necessidades do doente, família e comunidade, com a possibilidade de elaborar estratégias para solucionar ou reverter as problemáticas encontradas. Através da realização do estudo de caso e do acompanhamento da família escolhida, acabou por existir a perceção da real importância que o EEESIP tem, principalmente no que diz respeito à capacitação dos pais para a prevenção de incidentes e promoção de comportamentos adequados, tendo em conta a faixa etária.

2.2. Estágio Final – Cuidar da Criança/Jovem e Família em Situação de Especial Complexidade

O percurso necessário para adquirirmos efetivamente competências de EEESIP preconiza a frequência de vários contextos distintos, através dos quais foi possível obter ganhos e uma gradual e constante aquisição de conhecimentos, num continuum desenvolvimento profissional. Obrigatoriamente o EEESIP tem que deter habilidades e conhecimentos que possibilitem uma capacidade de resposta em situações de emergência, ou seja, em especial situação de complexidade (Regulamento n.º 422,2018). Assim, facilmente se depreende a necessidade de frequentarmos serviços, dotados de profissionais peritos na sua área de atuação, que proporcionem momentos de aprendizagem prática e sejam coadjuvantes na aquisição de competências.

Neste sentido, desenvolvemos o estágio final em três contextos totalmente distintos, cada um com as suas particularidades e o seu grau de complexidade, promotores de exponencial crescimento profissional e que contribuíram de uma forma inequívoca para a aquisição de competências. A Unidade de Urgência Pediátrica foi o primeiro local de estágio frequentado, seguindo-se o Internamento de Oncologia Pediátrica, terminando-se o percurso na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

2.2.1. Caracterização dos locais de Estágio

Sendo imprescindível frequentar três contextos distintos rumo à aquisição de competências, cada um com as suas particularidades e grau de dificuldade, importa também procedermos à sua caracterização. Além disso, uma vez que no âmbito do projeto desenvolvido foram realizadas intervenções adaptadas às necessidades, particularidades e realidade de cada contexto, torna-se fundamental a sua caracterização, dando assim a noção da sua pertinência.

2.2.1.1. Unidade de urgência pediátrica

As primeiras 4 semanas do estágio final decorreram na Unidade de Urgência Pediátrica (UUP) de um Centro Hospitalar que, segundo o *website* institucional, tem como missão a prestação cuidados de saúde diferenciados, especializados e de qualidade, alicerçando-se a mesma na promoção da saúde da população que serve e na promoção do desenvolvimento dos seus profissionais, rumando assim à eficiência e eficácia organizacional. O Centro Hospitalar é composto por duas unidades hospitalares distintas, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial e integra a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e tem na sua área de influência direta 250048 habitantes, que estão distribuídos por 6 concelhos (PORDATA, 2019).

A UUP, onde o estágio foi realizado, é um serviço integrante do departamento de Pediatria, que por sua vez é composto também pelo Serviço de Internamento, pela Consulta Externa de Pediatria e de Neonatologia. A mesma localiza-se no piso 0 do edifício central e dá resposta a situações de urgência de crianças e jovens entre os 0 e os 17 anos e 364 dias de idade, de acordo com o estipulado pelo Despacho nº 9871/2010. Através da análise mais pormenorizada do *website* institucional, pode perceber-se que em 2013 existiram 40914 atendimentos na UUP, ocorrendo em média 112 atendimentos por dia, registando-se um aumento de procura que se situou em + 2.3% em relação ao ano anterior.

O espaço físico da UUP era constituído por uma sala de espera, onde as crianças/jovens/famílias aguardavam a chamada após a inscrição no serviço administrativo, uma sala de triagem, local onde preferencialmente ocorria a admissão das crianças/jovens e seus familiares ou pessoa significativa e de onde eram encaminhados para observação, consoante o protocolo de triagem e uma sala de reanimação. Esta última era uma sala ampla, devidamente

equipada e preparada para suporte avançado de vida, sendo utilizada sempre que se detetasse uma situação clínica instável, perigo de vida eminente, ou se o acompanhamento externo fosse feito por equipas do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). A unidade era ainda dotada de uma sala de aerossóis, que consistia num pequeno espaço físico com rampas de oxigénio e de vácuo, muitas vezes utilizado também como sala de acompanhamento e vigilância de crianças/jovens, uma sala de tratamentos, de dimensão média e preferencialmente utilizada para a preparação e administração da terapêutica prescrita, sendo ainda realizados procedimentos dolorosos à criança nesse local. Faziam ainda parte do espaço físico 3 gabinetes médicos, uma sala de pequena cirurgia e uma Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD). Esta UICD tinha capacidade para 5 crianças em camas/berços, situando-se uma delas num quarto de isolamento, tendo um tempo de duração de internamento médio variável entre 24 a 48h e que funcionava, com o objetivo principal, de estabilização do quadro clínico, diagnóstico e encaminhamento adequado à situação clínica. É de referir que UUP tinha ainda capacidade, no balcão, para oito crianças. Como forma de distração, as paredes tinham desenhos que prendiam a atenção dos mais novos e seus acompanhantes.

A equipa multidisciplinar era constituída por médicos, assistentes operacionais, psicólogo, assistente social, funcionários administrativos, 24 enfermeiros na prestação de cuidados, entre os quais uma enfermeira responsável ligada à função de gestão e por fim um enfermeiro chefe, Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Dos 24 enfermeiros existentes na prestação de cuidados, 7 elementos eram responsáveis por projetos ou Áreas de interesse institucional/Serviço, tais como, Comissão da Qualidade e Segurança do Doente, Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos e Formação em Serviço. É ainda de referir que dos elementos que compõe esta equipa existiam 8 enfermeiros especialistas, divididos por três áreas de especialidade, em que 6 eram especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, um era especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e outro era especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Esta equipa de enfermagem seguia o método de trabalho por equipa, sendo as mesmas constituídas por quatro elementos, em que cada um dos elementos ocupava um posto de trabalho. O enfermeiro com o cargo de responsável de equipa ficava sem posto atribuído e coordenava a equipa, dando resposta também aos cuidados dos diversos postos de trabalho consoante a necessidade e afluência ao serviço. Têm por base o modelo de Anne Casey, que criou no Reino Unido no ano de 1988 um modelo flexível de parceria, que valoriza os cuidados

centrados na família. De referir ainda que os registos de enfermagem eram realizados informaticamente no programa Alert® e que o sistema de triagem utilizado era exclusivo desta unidade, estando devidamente formalizado e através do qual eram atribuídos três tipos de prioridade (Emergente, Urgente ou pouco Urgente). Cabia ao enfermeiro responsável da triagem, preferencialmente um Enfermeiro Especialista, atribuir a prioridade e encaminhar a criança/jovem consoante a situação e estado de doença.

Quando era necessário o apoio de outras áreas de Especialidade, apenas a Especialidade de cirurgia observava as crianças/jovens na UUP e em sala própria. Todas as outras especialidades, nomeadamente Ortopedia e Oftalmologia, observavam as crianças/adolescentes no Serviço de Urgência Geral, tendo as mesmas que se deslocar a esse serviço.

2.2.1.2. Serviço de internamento de oncologia pediátrica

O Serviço de Internamento de Oncologia Pediátrica, onde se realizou estágio durante 4 semanas, situa-se num hospital público do Serviço Nacional de Saúde de natureza pública empresarial, dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial, com muitos anos de experiência no tratamento, estudo e investigação do cancro. É um hospital certificado pelo Ministério da Saúde como um Centro de Referência Nacional no tratamento de vários tipos de cancro e é acreditado pela Organization of European Cancer Institutes desde 2011, com renovação da creditação em 2018. É de salientar ainda que a instituição em causa está acreditada pela Sociedade Europeia de Oncologia Médica, como Centro Integrado de Oncologia e Cuidados Paliativos, tendo obtido esta acreditação pela primeira vez em 2015, submetida a renovação em 2018, sendo a mesma extensível até 2021. Está ainda acreditado pelas redes de referência europeia, European Reference Networks Paediatric Cancer, para o cancro pediátrico. Importa ainda referir que dispõe de um programa de cuidados paliativos dirigidos especificamente às crianças e adolescentes do Serviço de Pediatria.

Este hospital recebe doentes das regiões de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve, Açores, Madeira e ainda dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, verificando-se assim a abrangência de uma população bastante heterogénea. Através da leitura do *website*

institucional, pode perceber-se que a missão da instituição passa primordialmente pela prestação de cuidados de saúde humanizados e de excelência, pela promoção do ensino, investigação e aperfeiçoamento profissional, regendo-se assim por elevados padrões de rigor científico.

No que diz respeito ao Serviço de Oncologia Pediátrica, o mesmo foi criado em 1960, sendo considerado o serviço de oncologia pediátrica mais antigo do País, assim como uma das unidades de oncologia pediátrica multidisciplinar mais antiga do mundo. É constituído por três setores distintos e complementares entre si: o serviço de internamento, o hospital de dia pediátrico e a consulta externa de pediatria.

São admitidas crianças com doença oncológica médica e cirúrgica, nas diferentes fases da doença, ou seja, diagnóstico, estadiamento, tratamento curativo/paliativo, internamento ou em fim de vida. Apesar de, como já foi referido anteriormente, a legislação atual definir a idade pediátrica entre o intervalo dos 0 aos 17 anos e 364 dias de idade, devido à existência de carência de recursos humanos, materiais e físicos, este serviço recebe apenas as crianças até aos 15 anos e 364 dias de idade.

Segundo informação extraída do site institucional, este serviço recebe em média 180 novos casos de cancro em idade pediátrica por ano e mantém o tratamento a mais de 400 crianças. Cerca de metade das crianças admitidas na instituição têm como diagnóstico leucemias e tumores do sistema nervoso central, que são as duas doenças oncológicas mais frequentes na idade pediátrica.

Relativamente ao Serviço de Internamento de Oncologia Pediátrica, local onde decorreu o estágio, o mesmo localiza-se no 6º Piso do Pavilhão Central, era composto por uma equipa multidisciplinar que englobava assistentes operacionais, técnicos administrativos, psicólogo, educadoras de infância, médicos pediatras, assistente social, um dietista, uma equipa de enfermagem composta por 36 elementos, dois dos quais EEESIP e uma enfermeira chefe, também ela EEESIP. É necessário salientar que alguns dos enfermeiros da enfermaria, acabavam por exercer igualmente funções no Hospital de Dia. Sempre que necessário era solicitada a colaboração de outros profissionais de diferentes especialidades.

O espaço físico do internamento era composto por duas alas, ambas de grandes dimensões, com capacidade para receber em simultâneo 23 crianças/jovens e suas respetivas famílias, existindo uma média anual de 890 internamentos. Existe a particularidade de os pais poderem estar presentes em simultâneo das 9h-21h, ficando apenas um dos progenitores para além deste horário. O serviço encontrava-se ainda dividido por várias Unidades de Isolamento, pela Unidade Especial de Vigilância, duas enfermarias e restantes quartos de uso polivalente. Existia ainda uma Sala de recreio, ampla e com grande variedade de materiais lúdicos e didáticos, estando à disposição jogos, material de expressão plástica e espaços de faz-de-conta. A sala era gerida pelas educadoras de infância, mas estava formatada para ser utilizada de forma autónoma pelas crianças e respetivas famílias. Em proximidade com a sala existia ainda um espaço de lazer, com ambiente tranquilo e uma varanda para o exterior, do qual crianças/jovens, pais, familiares ou visitas podiam usufruir.

No seu espaço físico, o serviço de internamento tinha uma escola que funcionava desde o ano letivo 1999/2000, com um corpo docente que trabalhava com as crianças e jovens durante o internamento, consultas ou tratamentos, sempre em articulação com a escola de origem.

A metodologia de trabalho adotada no serviço de internamento de oncologia pediátrica era o método individual, permitindo assim que a equipa de enfermagem desenvolvesse as suas intervenções com base no modelo assistencial de enfermeiro de referência, possibilitando consequentemente ao enfermeiro ter um conhecimento mais aprofundado da criança/jovem e família, o que permitia uma prestação de cuidados personalizada e humanizada. Os registos de enfermagem eram realizados informaticamente no programa Sclinic®.

À semelhança dos outros contextos de estágio e não podendo ser de outra forma, o serviço de internamento em oncologia pediátrica promovia a integração dos pais nos cuidados à criança/jovem, sendo visível a flexibilidade da equipa de saúde na prestação de cuidados.

2.2.1.3. Unidade de cuidados intensivos neonatais

As últimas 8 semanas do Estágio Final decorreram num hospital público geral, integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde (SNS) da Região Alentejo e que tem mais de quinhentos anos de serviço à população que serve. Podemos perceber através do *website* institucional que a sua missão visa, essencialmente, a prestação de cuidados de saúde humanizados, em tempo útil, adequados às necessidades da população que serve e diferenciados, muito devido à importância dada ao desenvolvimento dos seus profissionais, com consequente incremento do desempenho técnico científico da instituição.

A área de influência direta deste hospital corresponde ao distrito. No entanto no que diz respeito à oferta de cuidados de saúde diferenciados, nomeadamente na área de Neonatologia, a sua área de referência funciona como Hospital Central de toda a Região, justificando assim considerar os concelhos do Alto Alentejo, Baixo Alentejo e Litoral Alentejano como área de influência indireta, tendo na sua área de influência 478.110 habitantes.

O serviço de Pediatria da instituição dividia-se em vários serviços e unidades, tais como: o internamento de Pediatria Geral que integra o Hospital de Dia e a Cirurgia de Ambulatório, a Maternidade, a Unidade de Neonatologia, a Consulta Externa de Pediatria, a telemedicina, Pediatria Social, a Urgência de Pediatria e por fim a Unidade de Internamento de Curta Duração.

A Unidade de Neonatologia localizava-se no 3º piso do edifício principal do hospital, estava em funcionamento desde Junho de 1990, mas apenas funcionava como Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais desde Abril de 2001, sendo a Unidade de referência de toda a Região Alentejo. Recebia e assegurava cuidados diferenciados a prematuros com idade gestacional superior a 24 semanas e bebés de termo com patologias até aos 28 dias de vida. Tinha uma lotação máxima de 12 postos (8 incubadoras e 4 berços), divididos por três salas, denominadas de A, B e C. A Sala A destinava-se à prestação de Cuidados Intensivos e tinha 3 incubadoras, a Sala B era destinada à prestação de Cuidados Intermédios/Especiais e estava dotada de 5 incubadoras e por fim a Sala C, que se destinava à prestação de Cuidados Mínimos e que tinha 4 berços. Faziam parte do espaço físico desta unidade um gabinete médico, um gabinete de enfermagem, uma copa de leite, onde a equipa de enfermagem armazenava e preparava os leites, uma sala de extração de leite, onde as mães podiam recolher o leite e uma sala para preparação de terapêutica. Neste serviço existia ainda uma zona anexa, criada em 2004 e composta por 2 quartos, onde era permitido aos pais que vivessem a uma distância superior a 30 quilómetros do hospital ou mães que estivessem a amamentar, permanecerem durante a

noite. Existia ainda uma pequena área, na entrada do serviço, onde os pais podiam guardar os seus pertences, lavar as mãos e colocarem o equipamento de proteção individual necessário durante o acompanhamento dos recém-nascidos.

A equipa multidisciplinar da unidade era composta por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e uma assistente administrativa, sendo dado apoio por parte de técnicos de fisioterapia, psicologia, assistência social, dietética, terapia da fala e assistência religiosa e espiritual. A equipa de Enfermagem era constituída pela Enfermeira Chefe e por 22 enfermeiras, sendo que 20 eram EEESIP. O trabalho de enfermagem estava dividido em 3 turnos de 8 horas por dia, existindo em todos um elemento coordenador e responsável pela tomada de decisão sobre qualquer assunto ou ocorrência. Contudo, sempre que a enfermeira chefe estava presente, era ela a assumir a função da coordenação e tomada de decisão.

O método de trabalho instituído era também o Individual, permitindo à enfermeira responsável pelo Recém-Nascido (RN)/Família o diagnóstico, planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem prestados, assim como a implementação de todas as intervenções autónomas e interdependentes, otimizando a obtenção de ganhos de saúde por parte do RN e dos pais. Assim, a enfermeira conseguia ter uma visão holística e uma comunicação efetiva, promovendo a prestação e continuação de cuidados humanizados e de qualidade. O turno da manhã era assegurado por 3 ou 4 enfermeiras e os turnos da tarde e noite tinham uma dotação de 3 elementos.

Os registos eram feitos em suporte de papel, em folha própria, que ficava junto de cada incubadora/ berço em pasta própria. No turno da manhã era sempre realizada uma nova folha, ficando a anterior anexa ao processo clínico do recém-nascido, permanecendo disponível em dossier individualizado que ficava adstrito ao gabinete de Enfermagem. Na UCIN a medicação era prescrita eletronicamente.

A Unidade visava a humanização dos cuidados, fomentando a participação dos pais nos cuidados ao bebé, tendo por base o modelo teórico de Anne Casey.

Em 2014 e tendo em vista a qualidade e segurança nos cuidados, a equipa desta unidade passou a seguir as orientações do Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do Recém-Nascido (NIDCAP). Constatou-se que os cuidados prestados

eram organizados e agrupados, sempre que possível, de 3/3h e com particular atenção à redução da estimulação ambiental, como a luminosidade e o nível de ruído sonoro. Existia o incentivo à utilização da amamentação, da sucção não nutritiva, da contenção, do toque, do contacto pele-a pele e do colo, como medidas não farmacológicas para diminuir ou controlar a dor do RN. Todas as estratégias adotadas pela equipa tinham o primordial objetivo de diminuir o impacto negativo do ambiente característico da UCIN.

2.2.2. Prevenção de IACS – Contributo do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica na segurança e qualidade dos cuidados: projeto em contexto de estágio

Antes da enumeração das intervenções desenvolvidas ao longo do Estágio Final, bem como a sua pertinência e necessidade, importa aferir que o mesmo se desenrolou em três contextos totalmente distintos, tendo sido realizadas intervenções diferentes, consoante a especificidade de cada contexto e necessidade de intervenção demonstrada, sempre tendo em conta a linha da “Segurança e Qualidade de Vida”. Todas as intervenções realizadas nos diversos contextos tiveram como base a metodologia de trabalho de projeto, conforme se pode constatar através da descrição realizada seguidamente.

2.2.2.1. Serviço de urgência pediátrica

As primeiras quatro semanas do Estágio Final foram desenvolvidas em contexto de Urgência Pediátrica. Apesar de não ser uma realidade totalmente desconhecida, importa desde já realçar que, a unidade em questão, tinha uma afluência bastante superior à realidade vivida na instituição onde é exercida a atividade profissional, o que sem dúvida, traz uma dificuldade acrescida na gestão do tempo e na definição de prioridades.

Mais uma vez, com o intuito de contribuirmos de uma forma proveitosa e rentabilizarmos no futuro o trabalho a ser desenvolvido, optámos por auscultar a equipa de enfermagem e suas sugestões, tendo-se ido ao encontro das necessidades reais dos enfermeiros e respetivo serviço.

Importa salientar que neste contexto a Enfermeira Orientadora de estágio cumulava as funções de elemento dinamizador do controlo de infeção na unidade, tendo assim a real e total perceção das necessidades da equipa neste âmbito.

Como aconteceu no estágio anterior, antes de mais foi necessário fazer o diagnóstico de situação, identificando claramente os problemas existentes com necessidade de intervenção. Com base na experiência, já supracitada, da enfermeira preceptora e em consonância com o enfermeiro chefe, acabaram por ser levantados dois problemas, sendo que o primeiro dizia respeito ao défice formativo da equipa de enfermagem relativamente aos procedimentos de isolamento baseados na via de transmissão, sendo o segundo a dificuldade em fazer cumprir as medidas necessárias à execução dos mesmos por parte dos pais.

A grande e constante afluência de crianças no serviço, algumas em estado crítico e com carência de cuidados de elevado grau de complexidade, bem como a constante presença e solicitação por parte dos pais, foram condicionantes relatadas e observadas, como limitantes na disponibilidade para orientar e proceder aos ensinamentos relativamente à necessidade de isolamento de algumas situações. Assim, o primeiro objetivo delineado foi o de facilitar a transmissão de informação aos pais acerca das medidas de isolamento.

Foi ainda demonstrada, por parte da enfermeira orientadora, a necessidade formativa da equipa de enfermagem relativamente ao mesmo tema, ou seja, isolamento em pediatria consoante a via de transmissão. Uma das grandes justificativas para essa necessidade tinha uma relação direta com a recente admissão de novos elementos na unidade, não tendo os mesmos recebido ainda formação no âmbito do controlo de infeção desde esse ingresso. Foi então delineado o segundo objetivo, nomeadamente: formar a equipa de enfermagem sobre as medidas de isolamento baseadas na via de transmissão.

De forma a dar resposta às necessidades e objetivos delineados, procedemos ao respetivo planeamento das intervenções a realizar. Relativamente aos pais, decidimos criar um panfleto informativo, de forma a ser um agente facilitador da assimilação da informação, necessária e essencial para o cumprimento das medidas de isolamento implementadas consoante a via de transmissão. Além disso, foram colocadas nesse mesmo panfleto, indicações importantes relativas a precauções básicas no controlo de infeção, de forma a possibilitar o seu cumprimento também por parte dos pais, sensibilizando-os para a temática, com utilidade até para o seu

quotidiano. Foi-se então de encontro às recomendações do Centers of Disease Control and Prevention (Siegel, et al., 2007), que fomenta a entrega de documentação orientadora e facilitadora da apreensão, quer da necessidade de isolamento, quer da importância do cumprimento das medidas, no momento em que as mesmas devem ser iniciadas.

Para dar resposta ao segundo objetivo delineado foi necessário novamente recorrer à pesquisa bibliográfica, tendo em vista procedermos à apresentação das recomendações mais recentes acerca da temática em questão. De salientar que esta formação (Apêndice H) seguiu o modelo de uma formação em serviço, uma vez que formação em serviço se desenrola “(...) em simultâneo com a prática profissional repercutindo-se na resolução de problemas específicos dos diferentes serviços.” (Ferreira, 2015:40). Esta acabou por ser uma formação essencial para a equipa, cuja temática deve estar bem presente em todos os profissionais de enfermagem, uma vez que segundo Mileski et al. (2018), uma das principais atitudes facilitadoras do controlo de infeção em pediatria está diretamente relacionado com a deteção precoce de crianças infetadas e rápida ministração das medidas de isolamento necessárias. Como tal, é necessário sensibilizar e dotar os profissionais dos conhecimentos necessários para se atingir um melhor nível de desempenho no âmbito do controlo de infeção.

A formação foi bastante enriquecedora, tornando-se um local de debate acerca dos principais problemas do serviço neste âmbito, na tentativa de serem encontradas estratégias conjuntas potencializadoras do controlo de infeção e da maior inclusão dos pais no mesmo, uma vez que essa era efetivamente a necessidade. Novamente, segundo Mileski et al. (2018), uma das principais barreiras ao controlo de infeção está diretamente relacionada com o défice de conhecimentos dos pais relativamente a esta temática.

Para possibilitar a avaliação da formação e tal como no estágio I, foi distribuído um questionário (Apêndice I) com o intuito de compreender a sua pertinência e aplicabilidade prática. A adesão, desta vez, não foi tão elevada como na UCSP, tendo sido dada a possibilidade de participação às pessoas mais novas e com maior necessidade formativa nesta área. Desde já importa referir os resultados do questionário (Apêndice J), tendo 100% dos formandos considerado a formação com aplicabilidade prática dos conhecimentos adquiridos. Um último grupo de questões foi colocado, sendo atribuídos graus às mesmas, em que 1 se refere a discordo totalmente e 5 a concordo totalmente. Todos os formandos consideraram concordar totalmente com a possibilidade de sedimentação de conhecimentos proporcionados

relativamente à RAM, IACS e isolamento em Pediatria. Foi ainda unânime a concordância com a possibilidade que a formação deu no que diz respeito à reflexão acerca das problemáticas, com vista a melhorias no serviço. Ainda, 87,5% dos enfermeiros concordaram totalmente com o facto da formação ter permitido a aquisição de novos conhecimentos, tanto acerca das IACS, como do isolamento em Pediatria. Relativamente à adequação dos conteúdos e sua aplicabilidade no serviço, 75% dos inquiridos deram a sua total concordância, enquanto 25% simplesmente concordaram com esta aplicabilidade.

Assim, concluímos que a formação teve boa aceitação por parte dos formandos, com pertinência nos temas abordados e com ganhos em conhecimentos para quem a frequentou. Foi-nos possível constatar isso mesmo nos questionários de avaliação da formação, uma vez que quatro dos formandos colocaram observações nesse sentido. De enaltecer a referência que foi feita à pertinência, aplicabilidade prática, adaptabilidade ao contexto, carácter reflexivo e contributo à melhoria da qualidade dos cuidados que a formação teve.

Relativamente ao panfleto, o mesmo foi validado por toda a equipa, tendo sido permitida a dádiva de contributos para a sua correção e adequação ao contexto. Foi ainda validado pelas professoras orientadoras, enfermeira orientadora e enfermeiro chefe.

De realçar ainda, que após ter sido comentado com a enfermeira orientadora a realização de um panfleto sobre a lavagem nasal no estágio anterior, a mesma se demonstrou bastante interessada na divulgação desse mesmo panfleto na unidade. Isto deveu-se ao facto de, principalmente no inverno, serem muitas as crianças que recorrem ao serviço por patologia respiratória, sendo esta uma das indicações coadjuvantes no tratamento destas patologias. Assim, com satisfação, foi cedido o panfleto acerca da lavagem nasal, tendo-se rentabilizado esse trabalho desenvolvido anteriormente, numa realidade totalmente distinta, mas onde era sentida também a necessidade de existir um material de suporte.

2.2.2.2. Serviço de internamento de oncologia pediátrica

A segunda fase deste estágio final, as quatro semanas seguintes, realizaram-se num serviço de Internamento de Pediatria Oncológica. Como não poderia deixar de ser, o controlo de infeção

mostrou-se uma temática bem presente na equipa multidisciplinar e na instituição, tendo em conta que as crianças internadas estavam maioritariamente sobre realização de quimioterapia e seu efeito altamente imunossupressor. Como é óbvio, neste contexto, uma infeção adquirida no hospital pode ser extremamente gravosa e subverter substancialmente o estado de saúde de uma criança imunodeprimida, sendo fundamental esta especial atenção dada ao controlo de infeção. Neste sentido, a Sociedade Europeia de Oncologia Pediátrica (SIOPE) (2009), recomenda a existência de quartos individuais para os doentes de alto risco, nomeadamente de contrair infeção por neutropenia, bem como uma quantidade de enfermeiros suficiente para conseguir dar resposta às necessidades das crianças/pais.

Contudo, tendo em conta este grande rigor no âmbito do controlo de infeção, tornou-se num desafio complexo fazermos um diagnóstico de situação com posterior intervenção neste âmbito. Mais uma vez, após a auscultação da enfermeira orientadora, enfermeira chefe e equipa de enfermagem, refletimos acerca da dificuldade das crianças, principalmente as mais novas, aceitarem o isolamento padronizado na instituição aquando o início da quimioterapia, tendo o mesmo muitas vezes durabilidade prolongada. Assim, o problema levantado foi a dificuldade de aceitação do isolamento por parte das crianças, sendo objetivo melhorar a aceitação a esse mesmo isolamento, por parte das crianças e consequentemente dos pais. Isto porque os pais são fundamentais no suporte à criança, dando o afeto e amor necessários, mas também aliviando o stress inerente ao isolamento (SIOPE, 2009). Contudo, os pais estão numa posição também fragilizada, uma vez que, segundo Alves & Guirardello (2016), vivenciam a incerteza, insegurança e medo da perda, tendo, no entanto, a responsabilidade acrescida de cuidar do seu filho doente.

O planeamento da intervenção, como não poderia deixar de ser, foi também ele um desafio, comparativamente até com os estágios anteriores. Após muito refletirmos e de forma a rentabilizarmos os recursos materiais já existentes, decidimos elaborar um jogo de tabuleiro denominado “Estou em Isolamento” (Apêndice K). A elaboração do jogo assentou na premissa de que seria mais fácil para as crianças aprenderem e, neste caso, assimilarem a importância do isolamento através do brincar. Segundo Crespo (2016:58) “as crianças que brincam, aprendem a pensar, e a dar significado a algo, uma vez que o brincar promove o desenvolvimento do conhecimento.”, sendo ainda verdade que “(...) é no ambiente familiar que esta atividade também ganha importância para o desenvolvimento da criança.”(Crespo, 2016:58). Assim, facilmente se compreende que, com a criação do jogo, estariam reunidas as condições para

existir uma aprendizagem familiar conjunta acerca da necessidade do isolamento e do controlo de infeção.

A elaboração do jogo, apesar de complexa, foi bastante gratificante, tendo-se alicerçado nas informações pré-existent no serviço, principalmente no guia e panfletos acerca do isolamento e controlo de infeção, disponibilizados a todas as famílias no momento da admissão. Desta forma e para jogarem, a utilização destes materiais de suporte passou a ser obrigatória, uma vez que foram criadas perguntas cujas respostas se encontravam no material de suporte fornecido pelo serviço, ficando muitas vezes a cargo dos pais essa leitura. Acabou por ser realizada uma versão em tamanho A3 com cartas de perguntas, estando tudo devidamente plastificado, sendo o jogo totalmente desinfetável e lavável. Esta versão ficou disponível na sala de brincar, que era utilizada por crianças que ainda não estavam em isolamento ou que já haviam saído do mesmo. Os peões do jogo foram feitos de material totalmente descartável e de utilização única, nomeadamente tampas de torneiras de 3 vias ou de fármacos, também elas desinfetáveis antes da sua utilização. De realçar que a idade estabelecida como recomendada para jogar, devido ao tamanho reduzido dos materiais anteriormente referidos, foi a partir dos 5 anos de idade.

Além disso, foi criada uma versão a preto e branco para ser utilizada a título individual no quarto e enquanto estavam impedidos de circular no serviço. Esta versão é imprimida em A4, tendo as crianças que construir o seu dado, as suas cartas de pergunta e colorir tudo a seu gosto. Desta forma, além de aprenderem os pressupostos essenciais e a importância do seu isolamento, a aprendizagem acaba por ser conjunta e em simultâneo com os pais. De salientar que não foi aleatória a criação de uma versão a preto e branco. Ao cortar, colar e pintar, as crianças mantêm-se ativas e a brincar, tornando menos penoso o tempo que estão isolados.

Foi gratificante percebermos que a aceitação por parte das crianças e pais foi muito boa. A própria educadora presente no serviço demonstrou interesse em promover a sua utilização, dada a pertinência do tema e potencial benefício da implementação do jogo. A enfermeira chefe ficou especialmente agradada com o facto de se ir potenciar a utilização do material fornecido aos pais e pré-existente no serviço, tendo sido ainda feita demonstração à enfermeira coordenadora do grupo de controlo de infeção da instituição, que mostrou interesse em promover a sua implementação e dar-lhe continuidade. De realçar que os últimos dois dias de

estágio foram utilizados, na íntegra, para colocarmos em prática o jogo com as crianças em isolamento.

2.2.2.3. Unidade de cuidados intensivos neonatais

Por fim, as últimas oito semanas do estágio final, decorreram numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Permaneciam no serviço, maioritariamente, recém-nascidos cuja característica principal era a prematuridade, sendo uma constante a presença dos pais. Existia a particularidade de se aliar a impossibilidade de poderem levar o seu filho para casa, com a incerteza e medo inerente à realidade de um pós-parto imediato fora dos padrões considerados normais. Segundo Fernandes & Silva (2015), o nascimento de um filho prematuro acaba por provocar uma enorme alteração da vida familiar, sendo marcado pela separação que dificulta o fortalecimento do vínculo afetivo entre pais e bebés.

Também aqui o controlo de infeção estava bem presente no quotidiano dos enfermeiros e restante equipa multidisciplinar, não fosse a imaturidade imunológica uma realidade. Existem dados concretos de elevadas taxas de infeção neste contexto, ou em realidades similares a esta, o que só por si é demonstrativo da necessidade de um rigoroso controlo de infeção. Segundo Zingg et al. (2017), de acordo com os dados cedidos por 947 hospitais de vários países europeus e tratados pelo European Centre For Disease Prevention and Control (ECDC), a taxa média de IACS foi de 4,2%, sendo a maior ocorrência até ao ano de idade, devido à imaturidade imunitária e à maior utilização de técnicas invasivas. Reforça-se ainda o que já foi constatado na contextualização teórica, sendo a taxa de IACS associada ao CVC em UCIN e no último ano de 13,7%, estando ainda em constante subida nos últimos 5 anos (PPCIRA, 2018).

Tendo em conta o que foi dito anteriormente, mais uma vez, existiu dificuldade acrescida em levantarmos o diagnóstico de situação. Foi novamente auscultada a enfermeira orientadora, enfermeira chefe e equipa de enfermagem, com o intuito de compreendermos onde poderia existir necessidade de intervenção na área do controlo de infeção. Também mais uma vez, curiosamente, a equipa de enfermagem realçou a dificuldade existente no cumprimento das medidas de controlo de infeção por parte dos pais, o que neste contexto específico assume

primordial importância. Assim, identificado o problema, emerge como objetivo melhorar a adesão dos pais às precauções básicas de controlo de infeção.

Desta feita, também o planeamento teve maior complexidade, uma vez que existia no serviço material de suporte variado relativamente aos cuidados prestados em neonatologia, onde era feita referência aos cuidados essenciais necessários no que respeita ao controlo de infeção. Contudo, na inexistência de um documento específico acerca desta temática, decidiu-se criar uma “Carta do Bebê aos Papás” (Apêndice L).

Esta carta focou-se totalmente no controlo de infeção, nomeadamente nas principais precauções básicas, salientando-se a sensibilização feita para a problemática, bem como a necessidade à sua estrita adesão devido à imunidade reduzida dos prematuros e consequente risco e gravidade de contraírem uma infeção. Além disso, tentámos enaltecer que muitos dos comportamentos assimilados e treinados em âmbito hospitalar, eram úteis e deveriam fazer parte do quotidiano das famílias. Utilizámos esta estratégia com o intuito de promover comportamentos similares no extra-hospitalar e que visam contribuir indiretamente para o controlo da RAM.

A carta foi implementada após validação e contributos dos elementos da equipa de enfermagem, enfermeira orientadora, chefe da unidade e professoras orientadoras. Após a implementação as críticas foram bastante positivas, com muito boa aceitação por parte dos pais e dos enfermeiros do serviço.

2.2.3. Análise reflexiva das aprendizagens

A reflexão crítica dos cuidados prestados tem que, obrigatoriamente, ser uma atitude integrante do quotidiano do profissional de enfermagem. A aquisição e desenvolvimento de uma verdadeira capacidade reflexiva acaba por ser fundamental, uma vez que segundo D’Espiney (1997), é a partir da mesma que é produzido o saber em enfermagem, sendo crucial o incentivo a um modo de estar na profissão que proporcione a constante interrogação da prática, permitindo dessa forma a sua constante melhoria e evolução. Já Benner (2001), diz-nos que é através da reflexão da aprendizagem proporcionada pela prática diária, em associação

com os saberes que a teoria oferece, que existe um verdadeiro processo de aquisição de competências. Assim, compreende-se a importância que tem evoluirmos e adquirirmos uma verdadeira capacidade reflexiva no âmbito da aquisição de competências. Apenas com a adoção desta postura será possível adquirir efetivamente as competências de especialista e de mestre, sendo essa uma aquisição fundamental, na medida em que existe uma responsabilidade acrescida para a prestação de cuidados por parte do enfermeiro detentor destes títulos, sendo o mesmo responsável máximo na melhoria contínua da qualidade dos cuidados

2.2.3.1. Unidade de urgência pediátrica

A realização do estágio final iniciou-se com um desafio, uma vez que nunca tínhamos tido contacto com um Serviço de Urgência Pediátrica enquanto profissionais. Não se pode deixar de referir, desde já, que existia apreensão, suscitada pela dúvida sobre a temática escolhida, ser ou não aceite pela equipa de enfermagem. Além disso, sendo esta uma realidade complexa, onde a pressão e número de solicitações a que os profissionais estão sujeitos é sempre elevada, onde estão em causa muitas vezes as vidas das crianças que aqui recorrem, facilmente se compreende que existia uma apreensão natural antes de ter início mais este desafio.

Contudo, logo no primeiro dia de estágio, compreendemos que a enfermeira orientadora era o elemento dinamizador do controlo de infeção no serviço, tendo assim uma real noção das dificuldades e necessidades dos enfermeiros, serviço e crianças/jovens/família. Assim, ficou bastante facilitada a perceção das necessidades de intervenção neste âmbito, existindo uma boa aceitação da equipa de enfermagem com o tema a ser desenvolvido.

O processo de integração na equipa de enfermagem foi bastante facilitado através da disponibilidade e abertura demonstrada pela orientadora e restante equipa, para participarem no processo formativo e de aquisição de competências. Obviamente existiu o recurso a suporte bibliográfico, quer através do estudo de protocolos vigentes e adaptados a cada situação, quer através da pesquisa bibliográfica acerca das mais variadas temáticas, uma vez que, como é facilmente perceptível, numa urgência podem ser admitidas crianças/jovens com as mais variadas condições clínicas e dirigidas a variadas especialidades.

Portanto, este estágio possibilitou-nos uma vasta aquisição de conhecimentos e garantiu ainda a possibilidade de prestarmos cuidados em contextos até aqui desconhecidos. De realçar desde já, a possibilidade de ter havido contacto com um sistema de triagem de doentes. Apesar de não estar instituído o Protocolo de Triagem de Manchester, conforme está definido na Norma nº 002/2018 (DGS, 2018), compreendemos as dificuldades subjacentes a este posto de trabalho tão específico. Segundo o estudo desenvolvido por Bijani, Torabizadeh, Rakhshan & Fararouei (2018), para se ser um enfermeiro qualificado em triagem é necessário, para além das competências clínicas, um leque de habilidades psicológicas e um efetivo compromisso para com o serviço. Partindo do pressuposto que, quando existe recurso ao serviço em questão, é porque estão em causa situações percecionadas pelos pais como graves, facilmente se compreende que acaba por ser frequente a discórdia entre pais e os enfermeiros e até mesmo as reclamações. Em última instância, os enfermeiros podem ser mesmo vítimas de agressão, tendo sido mesmo observável a agressão verbal, o que segundo Darawad, Al-Hussami, Saleh, Mustafa & Odeh (2015), pode ter consequências graves para os enfermeiros, com afeição da saúde física ou mental, devendo existir o esforço das entidades superiores para suprir as causas deste fenómeno. Este não é um estudo Português, mas a DGS (2015b) no seu último relatório acerca das notificações de agressões sofridas pelos profissionais de saúde, dá conta de um total de 582 agressões reportadas, sendo que 309 foram cometidas sobre profissionais de enfermagem.

Na UUP, a discórdia maioritariamente acontecia por não existir aceitação pela prioridade atribuída e consequente tempo de espera espectável para essa mesma determinação da prioridade. Na verdade, existiam situações que efetivamente tinham que ser observadas no imediato, pelo seu risco de vida atual ou potencial, existindo outras que poderiam na realidade esperar. Cabia então ao enfermeiro ter o corpo de conhecimentos e a experiência necessária para desempenhar esta função, onde se exigia rapidez de raciocínio e atuação, sem que com isso se colocasse em risco crianças por uma má interpretação da situação. Mesmo por isso, os enfermeiros que ficavam responsáveis por este posto de trabalho de responsabilidade acrescida eram os EEESIP, ou os enfermeiros com mais anos de experiência profissional. Cabia aos EEESIP, a função de integração gradual dos enfermeiros mais novos neste posto de trabalho, supervisionando o trabalho desenvolvido e intervindo sempre que necessário.

As habilidades comunicacionais eram um elemento chave para a prestação de cuidados neste serviço. Por um lado, facilmente se compreende que a criança e pais estão a viver uma

situação de fragilidade e stress, originando-se facilmente situações de conflito se não existir essa consciência por parte da equipa de enfermagem. Por outro lado, tornava-se fundamental a comunicação, na estreita relação existente entre o conforto e segurança da criança na presença dos pais, sendo crucial fomentar-se uma parceria de cuidados com o intuito de minimizar o impacto na criança. Existiu então a possibilidade de desenvolvermos competências comunicacionais num ambiente, como já foi referido, onde a inquietude e apreensão da criança e família era real e presente.

Além de ser o elemento dinamizador do controlo de infeção, a enfermeira orientadora desenvolvia na sua prática diária as funções de chefia de equipa. Neste sentido, era a pessoa responsável pela gestão dos cuidados prestados, gestão da equipa de enfermagem consoante as características dos elementos presentes, bem como o contexto e situações complexas que surdissem durante o turno. É de enaltecer a dificuldade inerente à realização de toda esta gestão em simultâneo, bem como a capacidade de liderança, necessidade de conhecimentos e habilidade técnica para exercer este cargo. Contudo, graças ao desempenho destas funções por parte da enfermeira orientadora, existiu a possibilidade de apreendermos conhecimentos relativamente à abordagem ao doente crítico, bem como de atuação na sala de emergência. Esta foi também uma experiência bastante enriquecedora, uma vez que existiu a possibilidade de participarmos nos cuidados prestados à criança em situação crítica na sala de emergência, em parceria com uma equipa multidisciplinar extremamente competente e dotada de um corpo de conhecimentos teórico práticos, que contribuiu significativamente para o crescimento profissional desejado.

É de salientar que a frequência deste contexto permitiu a prática das mais variadas técnicas, invasivas ou não invasivas, o que também é um fator importante na aquisição de competências para a prática diária. De realçar que esta é uma questão de muita importância para os pais, uma vez que muitos verbalizaram o desejo de não se causar sofrimento aos seus filhos, demonstrando interesse numa rápida e eficaz realização da técnica, principalmente da punção venosa. De facto, foi possível constatar que a equipa de enfermagem tinha esta particularidade, sendo dotada de grande capacidade técnica, ganhando também dessa forma e rapidamente a confiança dos pais e crianças/jovens.

A enfermeira orientadora acumulava ainda funções de gestão, existindo turnos em que, na ausência do Enfermeiro Chefe e segundo elemento da equipa, ficava responsável pela gestão do

serviço. Foi perceptível a responsabilidade inerente a esta função, uma vez que tem que existir uma verdadeira perceção das necessidades do serviço, tanto no que diz respeito a recursos humanos, como no que respeita a recursos materiais e de medicação. Apesar de não ser um dos objetivos do estágio, tornou-se gratificante compreendermos o modo de funcionamento do serviço, bem como o trabalho que era desenvolvido diariamente para que existissem as melhores condições de trabalho possíveis, não só dos enfermeiros, mas de toda a equipa multidisciplinar, com consequências diretas e benéficas para a criança e família.

Tudo o que foi referido anteriormente aconteceu de uma forma gradativa e ao longo de 4 semanas, existindo um processo gradual e progressivo de aquisição de autonomia, tendo sido gratificante sentirmos que o estágio terminou numa fase em que já havia o sentimento de sermos parte integrante da equipa. Reforçamos mais uma vez que apenas o foi possível, devido à forma como a equipa de enfermagem se disponibilizou e deu abertura, desde o momento do ingresso.

2.2.3.2. Serviço de internamento de oncologia pediátrica

A hospitalização de uma criança/jovem, por si só, é já um acontecimento marcante, gerador de sentimentos de impotência, angústia e medo tanto às crianças/jovens como aos seus significativos. Se falarmos de um internamento de oncologia pediátrica, a potenciação destes sentimentos é indubitavelmente exponencial e, com toda a certeza, ninguém quer ter que vivenciar o que é uma infeliz realidade para muitos pais e crianças/jovens. Contudo, existem dados que demonstram que a taxa de cura de adolescentes e crianças é bastante elevada, sendo então fundamental proporcionar um ambiente favorável à criança/jovem e família. Segundo a SIOPE (2009), a taxa de cura do cancro na infância e adolescência ronda os 70%, sendo, no entanto, imprescindível a existência de um diagnóstico precoce. De acordo com a mesma entidade, é ainda fundamental a existência de equipas multidisciplinares a trabalhar em unidades especializadas, com equipas médicas devidamente treinadas, enfermeiros especializados e ter a capacidade de dar suporte psicológico efetivo à criança/jovens e família.

Posto isto, é importante realçar que imediatamente após o ingresso neste campo de estágio, ficámos com a perceção de que a equipa multidisciplinar existente no serviço era

efetivamente como o que é padronizado e descrito anteriormente. A humanidade demonstrada, a sensibilidade com cada situação específica, bem como a forma de comunicar e esclarecer os pais e criança/jovem, faziam parte da forma de prestar cuidados, tendo sido visível desde o primeiro contacto com esta equipa. De salientar a excelente relação existente entre a equipa multidisciplinar, também ela essencial para atingir o objetivo de prestar cuidados de qualidade e excelência a crianças/jovens e famílias, que pela sua condição de doença, viviam uma fase muito delicada das duas vidas.

Assim, torna-se facilmente perceptível que a comunicação foi mais uma vez uma habilidade muito desenvolvida neste contexto. Além de saber ouvir, estar presente e interpretar toda a linguagem, verbal e não verbal, que é transmitida em todo o contacto, torna-se fundamental que através da transmissão de informação se consiga uma real capacitação dos pais e sua consequente inclusão na prestação de cuidados. Segundo a SIOPE (2009:21), “Os pais desempenham um papel crucial, não só no apoio à criança para superar a doença, mas também na contribuição significativa durante o processo de tratamento, minimizando os efeitos psicológicos.”, sendo considerado pela mesma entidade que a comunicação é a chave no suporte aos pais, precisando os mesmos de (...) se sentir apreciados, e saber que o pessoal médico e de enfermagem os considera como parceiros na “Equipa de Tratamento”, desempenhando um papel vital na ajuda à criança durante a doença.” (SIOPE; 2009:21).

Ao falarmos de doença oncológica é impossível não falarmos de dor, tendo este estágio proporcionado a aquisição de conhecimentos teóricos e práticos fundamentais para um efetivo controlo da dor na criança/jovem. Desde a utilização das técnicas farmacológicas às não farmacológicas do controlo da dor, o que é certo é que a equipa de enfermagem exercia o domínio destas competências, adaptando a sua utilização ao contexto e condição de cada situação. A aprendizagem e treino destas técnicas darão, com certeza, um suporte fundamental para a vida futura profissional enquanto EEESIP.

O isolamento em pediatria foi também uma realidade presenciada do início ao fim do estágio realizado neste contexto. Ficou a real noção de que, quando os procedimentos e a essencialidade dos mesmos para a prevenção de complicações, eram devidamente explicitados, inclusivamente com a utilização do material de suporte existente no serviço, eles eram escrupulosamente cumpridos. Os pais, enquanto principais cuidadores dos seus filhos, eram os principais interessados na prevenção de complicações, sendo fundamentais no correto e efetivo

cumprimento, tanto das medidas de isolamento recomendadas, como das precauções básicas de controlo de infeção. Este papel era fundamental, na medida em que as crianças, essas sim, tinham dificuldade em aceitar a condição de estarem isoladas, sendo contranatura ao seu desenvolvimento normal. Inclusivamente, a intervenção já descrita anteriormente, foi desenvolvida no sentido de minimizar o impacto que o isolamento tinha e melhorar a sua aceitação, isolamento esse na maioria dos casos, de duração longa e morosa.

O contacto com fármacos nunca antes administrados foi outra realidade experienciada, nomeadamente os citostáticos. O cuidado observado com a verificação e validação da prescrição, bem como com a sua administração, foi bem visível e era verdadeiramente um desafio, pela quantidade de tempo consumido no desempenho de mais esta tarefa. Contudo, conforme já foi discutido no capítulo da segurança, são as crianças os utentes mais suscetíveis a sofrerem com os erros de administração de terapêutica, sendo imprescindível um cuidado extremo quando falamos de citostáticos. Obviamente, esta postura deve fazer parte do quotidiano do EEESIP, tendo esta realidade contribuído em grau elevado para o nosso desenvolvimento profissional e para o futuro desempenho destas funções.

Tendo em conta a especificidade do serviço, facilmente se compreende que existia um elevado número de solicitações em simultâneo, sendo a gestão do tempo um desafio. Como é normal, numa fase inicial foi difícil e foi um desafio gerirmos as prioridades, como os enfermeiros que exerciam as suas funções no serviço o conseguiam. Contudo, foi sempre um objetivo delineado evoluirmos e retirarmos aprendizagens importantes dos vários contextos de estágio através da prestação direta de cuidados. Este foi o contexto onde, sem dúvida, a relação enfermeiro/crianças/jovens/pais, assumiu um papel mais preponderante, quer pela longa estadia das crianças/jovens no serviço, quer pela sempre demonstrada necessidade de ambos em receberem apoio, quer pelo gosto pessoal na área da relação de ajuda, comunicação e relação enfermeiro/crianças/jovens/família. Também neste contexto foi possível prestarmos cuidados com base numa parceria de cuidados, assumindo-se efetivamente os pais como principais cuidadores, mantendo assim o seu papel e apesar de se encontrarem num ambiente estranho e repleto de outros cuidadores. O receio inerente à dificuldade que poderia existir em gerirmos os próprios sentimentos, que conseqüentemente poderiam afetar negativamente a prestação de cuidados, foi ao longo do tempo se transformando numa salutar aquisição de competências relacionais e comunicacionais.

Durante o estágio neste contexto, existiu ainda a possibilidade de realizarmos um turno no hospital de dia, serviço intimamente relacionado com o de internamento. Conseguimos compreender a sua dinâmica, sendo este o local onde algumas vezes ocorria o primeiro contacto das crianças/jovens e famílias com a equipa multidisciplinar. Além disso, era neste serviço que acontecia a admissão de crianças/jovens com situações imprevistas e urgentes, acabando por funcionar como uma Urgência Pediátrica Oncológica, conseguindo-se assim evitar a ida a outros contextos que poderiam colocar em risco a criança, devido à imunossupressão característica da quimioterapia. Neste serviço realizavam-se ainda biópsias diagnósticas, sob anestesia geral, sendo o recobro após realização dos procedimentos da responsabilidade da equipa multidisciplinar.

Ficou perceptível a existência de duas salas distintas, uma de menores dimensões, onde eram realizados os tratamentos necessários a crianças sob medidas de isolamento e uma de maiores dimensões, com uma lotação de 10 espaços, onde as crianças podiam ficar com um dos seus pais durante o tempo de permanência. É necessário enaltecer que a sala esteve sempre lotada, com um elevado nível de ruído, demonstrando-se inclusivamente reduzida para a quantidade de pessoas que lá coexistiam em simultâneo. Associando-se esta limitação ao medo e ansiedade, demonstrados por crianças e seus familiares, ao número de procedimentos a serem realizados e ao elevado tempo de permanência na sala, compreende-se facilmente que estivemos perante um ambiente laboral complexo e cansativo. Assim, pudemos perceber a existência de uma equipa de enfermagem com capacidade comunicacional, relacional e técnica muito elevada, pois só assim seria mesmo possível prestar cuidados de qualidade neste contexto descrito.

2.2.3.3. Unidade de cuidados intensivos neonatais

A realidade de uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais era, até ao ingresso neste contexto, desconhecida na sua plenitude. Havia simplesmente a consciência da prematuridade e do risco que a mesma traz para o recém-nascido. Assim, numa primeira instância, o grande desafio passou pela integração na equipa multidisciplinar e pela aquisição de conhecimentos teórico práticos que permitissem uma efetiva prestação de cuidados e consequente aquisição de competências, tanto comuns como específicas do EEESIP. No entanto, este acabou por ser o

contexto cuja frequência foi mais prolongada, num total de 8 semanas, tendo ficado facilitada a gestão do tempo no que diz respeito à aprendizagem. Contudo, para que a integração acontecesse de uma forma sustentada, existiu a necessidade de novamente procedermos à leitura de protocolos e material bibliográfico essencial e existente no serviço, bem como de realizarmos pesquisas bibliográficas relativamente às mais variadas condições e desafios que foram surgindo ao longo do estágio.

Este é visto exteriormente como um serviço tecnicista, existindo de facto um elevado grau de complexidade inerente à prestação de cuidados. A quantidade de medicação, materiais e técnicas invasivas que envolvia o recém-nascido era real e faziam parte do quotidiano destes profissionais. O desenvolvimento de competências técnicas ao longo deste estágio aconteceu de forma naturalmente progressiva, não sendo, no entanto, a base da prestação de cuidados. Para além da capacidade técnica, existia uma equipa de enfermagem que na realidade focava na sua prestação de cuidados o estabelecimento do vínculo afetivo entre pais e filhos, o proporcionar do conforto a esta díade, sendo sem dúvida o principal elo de ligação entre o RN e os seus pais. Isto vai de encontro ao que nos diz Maia, Silva & Ferrari (2014), afirmando estes autores que, através do incentivo da participação dos pais na prestação de cuidados ao RN, existe um melhor e mais rápido estabelecimento do vínculo afetivo, uma melhor adaptação da criança e pais ao meio hospitalar, uma maior relação de confiança entre pais e equipa prestadora de cuidados e ainda uma redução das consequências relacionadas com a separação.

Este foi, mais uma vez, um contexto que se mostrou complexo e onde existiam muitas especificidades inerentes à prestação de cuidados. Por um lado, a prematuridade era uma realidade do serviço, bem como toda a dificuldade acrescida que a mesma trazia para os pais, o estabelecimento do vínculo afetivo ou prestação de cuidados ao RN por parte da família. Além disso, o início de uma nova etapa ser feito no hospital, desencadeava todo um leque de sentimentos, dúvidas, medos e alterações da vida familiar. Cabia então aos enfermeiros promover o estabelecimento do vínculo, através da capacitação e inclusão dos pais na prestação de cuidados. Dado o contexto e a panóplia de material clínico envolvente ao RN, bem como a necessidade de permanência do mesmo na incubadora, aliado muitas vezes à inexperiência parental, existia de facto uma sensação de afastamento real dos pais perante os filhos. Assim, efetivamente existia uma equipa de enfermagem, onde na sua maioria prestavam cuidados EEESIP, que tentava em todos os seus atos promover a integração dos pais na prestação de cuidados, inclusivamente como forma de preparação gradual para a alta. Segundo Roque &

Costa (2014), é de extrema importância existir a promoção da autonomia dos pais durante o internamento e no que diz respeito aos cuidados ao RN, existindo assim uma redução da ansiedade e melhoria da autoconfiança, preparando-os em contínuo para a alta. Obviamente, estando-se envolvido com estes prestadores de cuidados, rapidamente assumimos esta postura como essencial, desenvolvendo habilidades e competências no mesmo sentido, aprendendo a aproveitar todos os momentos como formas de ensino nos cuidados ao RN.

A promoção da amamentação neste contexto era sem dúvida um desafio para os profissionais, tendo em conta a separação muitas vezes existente entre recém-nascido e mãe. Contudo, muitas eram as mães que se sentiam frustradas por não amamentar, pois esse era um objetivo seu, cabendo ao enfermeiro saber lidar e gerir a situação. Foi com agrado que verificámos que, apesar das dificuldades e barreiras, muitos foram os prematuros que acabaram por ter alta a serem amamentados. Muito se deveu ao empenho da equipa de enfermagem e das mães na promoção deste comportamento benéfico para a saúde do RN, com efeitos positivos comprovados. A experiência que adquirimos no primeiro estágio relativamente a esta temática contribuiu sem dúvida para a prestação de cuidados neste contexto, ficando o sentimento de conseguirmos dar contributo nesta área tão específica e sensível para as mães.

Pensarmos em serviços de pediatria remete-nos, por norma, para uma realidade onde a brincadeira, o ruído e o movimento são uma constante. No entanto, no serviço de neonatologia a realidade era totalmente distinta, desenvolvendo-se a prestação de cuidados de uma forma minuciosa, silenciosa e com um baixo nível de luminosidade. Para quem realiza a sua prática diária nestas condições, esta é a realidade normal do seu serviço. Contudo, quem trabalha num serviço de Internamento de Pediatria e termina os estágios anteriores em contextos bastante movimentados, tem que obviamente adaptar-se a esta realidade. Efetivamente fazia todo o sentido existir este cuidado, de forma a propiciar um ambiente calmo, confortável e promotor da parentalidade. É sabido que o RN tem uma necessidade de horas de sono muito superior aos adultos sendo fundamental a manutenção de um ambiente sem ruído. Segundo Oliveira, Figueiredo & Batista (2013), o ruído excessivo tem efeitos nocivos para o RN, mas também para os profissionais, uma vez que acresce dificuldade à sua atividade, contribuindo para o aumento do risco de erro. Assim, facilmente se compreende que, através da manutenção do ambiente descrito e que segundo a OE (2013) deve ter em conta uma dimensão ambiental na promoção do conforto, contribuímos também diretamente para a segurança dos cuidados, através da minimização do erro. Obviamente, desenvolvermos competências neste contexto foi uma

grande mais valia, sendo observável a importância que o EEESIP tinha nas mais variadas vertentes da prestação de cuidados ao prematuro e sua família. Uma recente revisão demonstra que o enfermeiro assume efetivamente um papel fundamental, sendo o principal agente envolvido no acompanhamento do RN prematuro, “(...) sendo amplamente descrita sua relação com a avaliação, prevenção e tratamento da dor; cuidados com a pele, termorregulação, sono, posicionamento, amamentação e na execução de procedimentos no âmbito das unidades de terapia intensiva neonatal.” (Frank, Quaresma, Silva & Rocha, 2018:15).

Tendo em conta o tempo de permanência neste contexto de estágio, existiu a possibilidade de participarmos nas consultas do desenvolvimento, tendo sido mais uma experiência enriquecedora neste trajeto formativo. Nesta experiência existiu a possibilidade de utilizar uma escala diferente da que era padronizada na UCSP, nomeadamente a Schedule of Growing Skills II. Apesar desta escala não estar devidamente implementada em Portugal e segundo o parecer 04/2010 da Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2010), é considerada de elevada fiabilidade, precisão e de fácil implementação, sendo assumida a sua utilização por rotina nos hospitais Portugueses. Existiu efetivamente a possibilidade de utilizarmos na prática esta escala, o que permite afirmarmos a sua simplicidade, rapidez de visualização, sendo considerada por nós uma mais valia na prática diária e no que diz respeito à avaliação do desenvolvimento até aos 5 anos, dentro das 9 áreas de competência analisadas.

Apesar de também ser uma realidade presente neste contexto, mas de o ser de uma forma inequivocamente constante no anterior, aliada à motivação e gosto pessoal pela prestação de cuidados à criança com doença oncológica, acabámos por realizar durante este estágio um Curso Básico de Cuidados Paliativos, lecionado pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos e que decorreu em Setúbal (Anexo A).

Ainda em concomitância com o decurso deste estágio, realizámos uma revisão integrativa da literatura (Apêndice M), cuja temática se enquadrou no âmbito de todas as intervenções realizadas no contexto do projeto desenvolvido. A escolha da temática, apesar da escassez bibliográfica, ocorreu na tentativa de justificarmos a pertinência e indispensabilidade da inclusão dos pais na estratégia de controlo de infeção. Assim, procurámos evidenciar a necessidade de *empowerment* dos pais, através da perceção das medidas de controlo de infeção adotadas em Pediatria. Concluímos que, independentemente das diferenças das realidades ou contextos analisados, as medidas de controlo de infeção adotadas foram similares às já

contextualizadas anteriormente. Contudo, ficou comprovado que a educação dos pais relativamente ao controlo de infeção foi uma medida adotada e transversal a quase todos os estudos analisados. Ficou então demonstrado que, dada a constante presença dos pais nos serviços, torna-se fundamental proceder ao seu *empowerment* nesta temática, uma vez que dá um enorme contributo para a promoção da segurança dos cuidados.

Por fim e novamente sem estar diretamente relacionado com este contexto, decidimos proceder à realização de um questionário (Apêndice N) e aplicá-lo num serviço de urgência pediátrica, um de internamento de pediatria e um de neonatologia. As intervenções realizadas ao longo dos vários contextos derivaram do levantamento das necessidades das equipas, que acabaram por se refletir sempre na dificuldade do cumprimento das medidas de controlo de infeção por parte dos pais e crianças. Assim, este questionário teve como principal objetivo validar as intervenções realizadas, tentando compreender se esta era uma problemática existente em outros contextos similares. Foi pedido parecer à comissão de ética da instituição (Anexo B) antes de se proceder à disponibilização dos questionários, sendo o mesmo favorável à realização do estudo.

Antes da aplicação do questionário foi realizado um pré-teste ao mesmo, com o intuito de verificar a facilidade de compreensão das questões formuladas, procedendo-se a alterações caso existissem dúvidas relativas ao preenchimento. Os pré-testes foram aplicados a seis pessoas, que acabaram por ser incluídos no estudo dada a inexistência de dificuldades no seu preenchimento. Este procedimento foi de encontro ao que nos diz Vilelas (2009), que preconiza a admissão dos pré-testes na amostra final do estudo, caso não sejam verificadas dificuldades na compreensão das questões formuladas ou erros com necessidade corretiva.

O questionário foi então aplicado nos três contextos supracitados, com critérios de inclusão muito simples, sendo apenas necessário ser enfermeiro em prestação direta de cuidados e trabalhar há mais de um ano na área pediátrica para poder proceder ao seu preenchimento. Desta forma, de um total de 41 pessoas elegíveis pelos critérios estabelecidos, obteve-se o preenchimento de 30 questionários, o que representou uma taxa global de adesão de 73%. Dos 30 questionários preenchidos 8 correspondem ao serviço de urgência Pediátrica, 9 ao internamento e 13 ao serviço de neonatologia.

Relativamente à caracterização dos inquiridos (Apêndice O), denota-se que apenas um dos enfermeiros é do sexo masculino. Relativamente à idade, a maioria dos inquiridos enquadrava-se na faixa etária entre os 31 e os 40 anos, o que corresponde a uma taxa de 60%, tendo a maioria uma experiência profissional que se estabelecia entre os 10 e os 24 anos de profissão (63,4%). De salientar que, dos 30 profissionais inquiridos, 25 deles, ou seja, 83,3% eram EEESIP, existindo ainda 26,6% com pós-graduação em áreas de intervenção diversificadas e 13,3% com mestrado. Denota-se então que eram equipas com preocupação ao nível da sua evolução formativa e académica, o que se alia à experiência profissional que já foi aferida.

O primeiro grupo de questões tinha como principal objetivo compreender a importância atribuída pelos profissionais à RAM, bem como compreender a importância que poderia ter para os profissionais a existência de documentação de suporte, para entregar aos pais, acerca do isolamento e da importância do seu cumprimento.

Relativamente à 1ª questão, existiram 30% de respostas que não foram consideradas válidas, isto porque era pedido aos profissionais que colocassem por ordem crescente o seu grau de preocupação com determinadas doenças ou condições, em que 1 significava nada preocupado e 5 extremamente preocupado. Assistiu-se a uma replicação de graus de preocupação atribuído em 9 dos questionários, pelo que apenas foram consideradas válidas 21 respostas, tendo-se constatado a atribuição do nível mais elevado de preocupação por 33,3% dos inquiridos, o 2º nível mais elevado por 28,6% e o 3º nível mais elevado também por 28,6% dos enfermeiros (Apêndice P). Assim, facilmente se depreende que apenas 9.5% dos enfermeiros não atribuiu elevado nível de preocupação a esta problemática. É de salientar ter sido o serviço de Neonatologia a contribuir com um nível de preocupação mais elevado para a problemática, não existindo nenhuma atribuição aos dois níveis de preocupação mais baixos, em que 77.7% dos enfermeiros atribuíram os 2 níveis de preocupação mais elevados (Apêndice Q). Torna-se interessante compreender que foi na UPP onde o nível de preocupação era mais baixo relativamente à RAM, atribuindo os enfermeiros deste contexto os seus maiores níveis de preocupação aos acidentes de viação e ao cancro. Provavelmente isto aconteceu devido à experiência destes profissionais, que lidam de uma forma mais direta com situações agudas ou crónicas agudizadas, não sendo a RAM uma realidade da unidade (Apêndice Q).

Relativamente à segunda questão, todos os enfermeiros consideraram importante e pertinente existir material de suporte para auxiliar na transmissão de informação aos pais acerca das medidas de isolamento (Apêndice P).

O segundo grupo de questões teve como objetivo compreender as condições de trabalho e materiais existentes para o cumprimento do isolamento e precauções básicas ou consoante a via de transmissão. Desde logo denotou-se que menos de metade dos enfermeiros (40%) considerou existirem espaços físicos adequados à realização do isolamento (Apêndice P), sendo no serviço de urgência pediátrica o serviço onde é considerado existirem menos espaços adequados (87,5%) (Apêndice Q). No entanto, no que diz respeito à disponibilidade de EPI, sua localização e conhecimentos de utilização, disponibilidade de solução antisséptica de base alcoólica (SABA) e sua localização ou presença de lavatórios para lavagem das mãos à saída do isolamento, a esmagadora maioria dos inquiridos considera ser suficiente e correta a sua localização e disponibilidade (Apêndice P). Contudo, no serviço de internamento de Pediatria, 100% dos inquiridos consideraram não existir lavatório para lavar as mãos antes da entrada no isolamento, apesar de existir SABA (Apêndice Q).

No que diz respeito à prevalência de IACS, os inquiridos na sua maioria, deram importância à temática, tendo a noção que a taxa não é menor nesta faixa etária, que as consequências são graves e que este é um tema prioritário nos serviços. No entanto, metade dos inquiridos considera não ter conhecimento das taxas de IACS da instituição, bem como dos serviços de Pediatria, considerando 40% que os órgãos de gestão dão importância a esta problemática (Apêndice P).

Relativamente ao isolamento e respetiva adesão às medidas recomendadas e aceitação por parte dos pais e crianças, apenas 33,3% consideraram que os mesmos reagem bem ao isolamento, em consonância com os 16,6% que consideram que as crianças têm noção do risco e cumprem o isolamento. Relativamente ao cumprimento do isolamento por parte dos pais, 46,7% considera que é cumprido, descendo para 36,7% de cumprimento quando se trata de visitas (Apêndice P).

Já no que diz respeito à dotação da equipa de enfermagem, 46,6% considerou que a equipa era insuficiente para dar resposta à especificidade de uma criança em isolamento, considerando

50% dos enfermeiros que a distribuição dos enfermeiros do turno é feita tendo em conta essa especificidade (Apêndice P).

O último grupo de questões dizia respeito à capacitação dos pais para o controlo de infeção em Pediatria e tinha como objetivo compreender a importância atribuída pelos enfermeiros a essa mesma capacitação. Existiu uma total consonância em assumir que os pais deveriam ser elemento integrante da prestação de cuidados, sendo um elemento chave no controlo de infeção, tal como na necessidade de explicitar os procedimentos essenciais ao controlo de infeção desde o primeiro dia de internamento e durante toda a sua duração, existindo no entanto 26,6% que não consideraram ficar facilitada a sua prestação de cuidados com a capacitação dos pais. 96,7% dos enfermeiros considerou importante complementar a informação oral com material de suporte, considerando apenas 10% dos profissionais que a informação transmitida oralmente é suficiente (Apêndice P).

Assim, podemos concluir que os profissionais de enfermagem da área pediátrica consideram que o controlo de infeção é um tema preocupante e ao qual deve ser dado importância. Apesar disso, muitos consideraram não existir dotação de enfermagem suficiente para fazer face às necessidades de uma criança em isolamento e apenas 40% assume existir preocupação dos seus órgãos superiores com esta temática, sendo consonante com esta resposta a diminuta taxa de conhecimento sobre a preponderância de IACS institucional. Apesar de a existência de EPI e SABA suficientes nos serviços, consideraram maioritariamente que os espaços físicos não são adequados à realização de um efetivo isolamento (Apêndice P).

No que diz respeito à importância atribuída à capacitação dos pais, os enfermeiros assumiram que os mesmos deveriam ser elementos integrantes da prestação de cuidados. A maioria dos profissionais considerou ainda que a sua prestação de cuidados ficava facilitada com a capacitação dos pais. No entanto, foi constatável a existência de uma má aceitação por parte de pais e crianças à necessidade de isolamento, sendo considerado por menos de metade dos enfermeiros que as medidas de isolamento são cumpridas por parte destes intervenientes. Foi unânime a opinião de que a utilização de material de suporte é uma forma de facilitar a transmissão de informação acerca do isolamento e consequentemente contribuir para a melhoria do seu cumprimento (Apêndice P).

3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A definição do processo de aquisição de competências é complexo, existindo vários autores que, ao longo dos anos, se dedicaram a esta árdua definição. Le Boterf (2005), por exemplo, construiu uma definição de conceito de competência, assumindo que a aquisição da mesma está dependente do “saber fazer” e de quando o fazer, sendo este um processo dinâmico entre a qualificação individual e o posto de trabalho. Contudo, conforme já foi supracitado, é fundamental refletir este “saber fazer”, esta prática dos cuidados, com o intuito de existir uma contínua evolução da prestação dos cuidados, rumo à sua excelência, qualidade e segurança.

O que é certo é que todo o percurso para adquirir o título de enfermeiro especialista, como não poderia deixar de ser, é provido de um elevado grau de complexidade, sendo atribuído esse mesmo título apenas aos profissionais que demonstrem a aquisição de um variado leque de competências. Assim, segundo Regulamento n.º 140 (2019:4744) o “(...) enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...)”. De forma a se atingir o nível necessário da competência técnica, científica e humana supracitada, existiu todo um percurso formativo, onde a interligação entre os conhecimentos adquiridos em âmbito académico e o seu aprofundamento e aplicabilidade na prática, em variados contextos de elevado grau de complexidade, mostrou-se como fundamental.

É neste capítulo que iremos demonstrar, de forma reflexiva, como todo o trabalho desenvolvido ao longo do tempo contribuiu para a aquisição de competências, sejam elas de mestre, comuns ou específicas do EEESIP.

3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Este percurso que aparenta estar a chegar ao fim, não é mais que o início de uma nova vida profissional, que se prevê pautada por um nível superior de responsabilidade profissional, ética e legal, com o intuito de exercer uma prestação de cuidados baseada na evidência científica mais recente e com vista a uma contínua melhoria da qualidade. Estes pressupostos supracitados não são mais que os pilares da aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista.

Tal como o nome indica, as competências comuns são as competências que são partilhadas por todos os profissionais de enfermagem especialistas “(...) independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria,” (Regulamento nr. 9 140, 2019:4745). Segundo a mesma entidade, estas competências visam uma melhoria contínua da prática de enfermagem, sempre com seu foco na melhoria da qualidade dos cuidados.

Torna-se então de extrema importância procedermos, de uma forma reflexiva, à análise da aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista dentro dos seus vários domínios, sendo eles o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o domínio da melhoria contínua da qualidade, o domínio da gestão dos cuidados e o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Em primeiro lugar importa enaltecer o contributo académico para a melhoria da prática com base na responsabilidade profissional, ética e legal, sendo este um domínio largamente debatido e trabalhado nesse âmbito. Relativamente à ética na prestação de cuidados, existem três princípios chave que vão de encontro, inclusivamente, ao trabalho projeto desenvolvido ao longo deste percurso, uma vez que ao mesmo está subjacente o modelo da parceria de cuidados. Segundo França (2012), o princípio da beneficência acaba por impor a obrigatoriedade moral de agir em benefício dos outros, promovendo assim os seus reais interesses. O mesmo autor define o princípio da não maleficência através da adoção de uma conduta sob a qual não se provoque o dano ou mal ao próximo de uma forma deliberada. Ainda França (2012), define também o princípio da autonomia, referindo-nos que é fundamental respeitar as escolhas e decisões do outro, sem que exista coação ou imposição das nossas próprias ideias.

Assim, tendo em conta que grande parte do trabalho desenvolvido teve sustentação no modelo de parceria de cuidados, facilmente se compreende que só com o respeito por estes três princípios éticos nos foi possível prestar cuidados com base no mesmo. Tendo em conta os pressupostos chave do modelo, podemos afirmar que é impossível existir parceria de cuidados sem se ter em consideração o benefício e principal interesse que a mesma promove à criança e família. Não pode ainda existir uma parceria de cuidados se existir o intuito deliberado de provocar mal ou dano à criança e família. É ainda impossível promover a parceria de cuidados

se não se promover a autonomia dos pais, com a sua consequente inclusão na tomada de decisão esclarecida e participação ativa na prestação de cuidados.

No que diz respeito à responsabilidade legal é impossível não aferirmos o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), que assume especial relevância ao fornecer orientações sobre a forma de agir, ao mesmo tempo que auxilia na tomada de decisão e na fundamentação da prática de cuidados. Assim, o CDE define os direitos e os deveres a respeitar aquando da prestação dos cuidados, deveres esses que estão intimamente relacionados com os direitos dos utentes e também com as responsabilidades inerentes à própria profissão (Lei n.º 156, 2015). Também o CDE acaba, em alguns dos seus artigos, por ter uma relação direta com o trabalho desenvolvido ao longo de todo o percurso. Por exemplo, no seu artigo 105.º, está explícito o dever deontológico que o enfermeiro tem em transmitir a informação à família e criança, adequando o conteúdo e forma às capacidades dos intervenientes, atendendo ainda às questões ou dúvidas colocadas. Sendo a comunicação e partilha de informação um dos pilares que sustentam o modelo da parceria de cuidados, facilmente se depreende que se não existisse respeito por este artigo, mais uma vez, seria impossível estabelecermos uma prestação de cuidados com base neste modelo.

Importa salientar que, através da função de chefia de equipa, desempenhada pela enfermeira orientadora da UUP, existiu a possibilidade de aferirmos a importância do EEESIP na tomada de decisão, assumindo o seu papel diferenciador na prestação de cuidados, funcionando mesmo como consultor da restante equipa. Além disso, foi observável o reconhecimento dessas competências por parte da equipa, uma vez que em situações de maior complexidade prática, ética ou de difícil resolução, existia sempre o recurso ao chefe de equipa. Contudo, foi-nos também possível assistir à tomada de decisões conjuntas por parte da equipa, através da realização de consensos e tendo em conta a realidade presenciada no momento, com posterior reflexão conjunta dessa mesma tomada de decisão. Efetivamente foi gratificante evoluirmos profissionalmente numa verdadeira equipa de enfermagem, onde o diálogo, compreensão e respeito mútuo faziam parte da realidade do serviço.

Relativamente aos direitos da criança torna-se impossível não referir o artigo 9.º da convenção dos direitos da criança (United Nations Children's Fund [UNICEF], 1989), onde é enaltecido o direito à presença dos pais. Como é óbvio, tendo em conta a linha mestra e condutora de todo o trabalho desenvolvido, bem como a presença constante do modelo da

parceria de cuidados ao nível da documentação orientadora da prestação de cuidados à criança, não seria possível termos agido em sentido oposto, sendo sempre fomentada a presença e participação dos pais, com o consequente incremento da segurança e qualidade dos mesmos.

Acaba por ser importante evidenciarmos a especial atenção que foi dada ao artigo 107.º do CDE (Lei n.º 156,2015), que dá ênfase à importância de manter a privacidade e intimidade da pessoa. Este foi um princípio aperfeiçoado ao longo de todos os contextos, salientando-se o cuidado existente no estágio I com a consulta do adolescente, no sentido de preservar sempre a privacidade do mesmo, dirigindo-se a consulta consoante a abertura para os temas na presença dos pais. Além disso, de forma transversal a todos os contextos, foram sempre procuradas estratégias no sentido de mantermos a comunicação com a criança/família sigilosa, sendo esse mesmo um dever do enfermeiro consagrado no artigo 106.º do CDE (Lei n.º 156,2015).

Neste nível formativo, tendo em conta o grau de exigência, a complexidade inerente à prestação de cuidados especializados em pediatria, os conhecimentos adquiridos em contexto académico e a experiência profissional previamente existente, torna-se vital e assume-se veemente que foram prestados cuidados tendo em conta todos os princípios legais regulamentados para a profissão, os indispensáveis princípios éticos e os direitos fundamentais da criança.

Além disso, para procedermos à realização do estudo no âmbito do trabalho de projeto, elaborámos um pedido à comissão de ética da instituição em causa (Anexo B), de forma a garantir que estavam cumpridos todos os pressupostos éticos necessários para a realização do mesmo. Antes de ser aplicado o questionário foi entregue um consentimento informado livre e esclarecido, cumprindo-se assim a autodeterminação dos enfermeiros que participaram de uma forma totalmente voluntária, mediante a garantia confidencialidade e privacidade.

O domínio da melhoria contínua da qualidade foi, sem sombra de dúvida, um dos mais aperfeiçoados ao longo deste percurso formativo. Antes de mais importa referir que, conforme ficou contextualizado, a segurança dos cuidados é imprescindível para se poder considerar a existência de qualidade dos cuidados. Além disso, também o nível de satisfação dos pais é cada vez mais um indicador de qualidade, sendo imprescindível a criação de uma parceria com os mesmos, com o intuito de incrementar os níveis de segurança e qualidade dos cuidados

prestados à criança. Assim, facilmente se compreende que, todas as intervenções desenvolvidas no âmbito do trabalho de projeto, foram no sentido de promover a melhoria da segurança dos cuidados, com a necessária inclusão dos pais, o que consequentemente dá um contributo inegável para a melhoria da qualidade. O próprio investimento num projeto a este nível, acaba por nos moldar em termos pessoais a também na forma de pensar a prestação de cuidados, com contributo inegável na melhoria da sua prestação. Como é óbvio, de forma a concretizar os objetivos propostos existiu um grande investimento na procura de evidência científica que justificasse a pertinência e essência da temática, com consequente aprofundamento dos conhecimentos no domínio da qualidade.

Um dos grandes objetivos passou pelo desenvolvimento de projetos que dessem resposta a necessidades efetivas dos serviços e dos profissionais. Nesse sentido, todos os trabalhos foram realizados com base no levantamento das necessidades demonstradas, sendo ainda devidamente validados com os enfermeiros chefes, enfermeiras orientadoras e professoras orientadoras, com o intuito de verificar a capacidade potencial de melhoria para os serviços. Na essência da metodologia de trabalho de projeto está preconizado esse levantamento das necessidades, o que culminou na realização de intervenções específicas onde era realmente necessário existir melhoria, tendo existido um extraordinário contributo de todos os intervenientes dos serviços nesse mesmo levantamento, o que demonstra a capacidade de reflexão dos profissionais relativamente à qualidade dos cuidados.

Existiu sempre o cuidado de procedermos à implementação dos projetos ainda durante a realização dos estágios, de forma a validarmos a aceitação por parte dos intervenientes, bem como verificarmos a necessidade da realização de melhorias. Salientamos a realização de duas ações de formação, em contextos distintos, que tinham como objetivo a sensibilização dos profissionais para o controlo de infeção, bem como a melhoria da prestação de cuidados nesse âmbito. Assim, foi fundamental adaptarmos as ações aos contextos, uma vez que falarmos de controlo de infeção nos cuidados de saúde primários é totalmente diferente da realidade de uma urgência pediátrica. Esta variabilidade acabou por contribuir para mais um enriquecimento na aquisição de conhecimentos, uma vez que foi preciso termos em conta todas as variáveis e dificuldades da prestação de cuidados nesses contextos, de forma a tornar realista e viável a implementação dos projetos desenvolvidos. Apenas com um profundo envolvimento nestes contextos isso foi possível e todos, sem exceção, contribuíram para a melhoria contínua da qualidade e da prestação de cuidados.

É impossível prestar cuidados de qualidade sem se ter em conta a cultura de segurança do doente, que conforme ficou contextualizado, assume primordial importância em idade pediátrica, faixa etária mais suscetível a sofrer com a ocorrência de erros. Portugal tem desenvolvido esforços nesse sentido, existindo por exemplo, a criação do Programa Nacional de Notificação de Incidentes (DGS, 2014), que tem como objetivo principal permitir a notificação de incidentes por parte dos profissionais, com vista à assunção de medidas para minimizar o risco de erro. No entanto, Garcia (2015) e Guimarães (2015) demonstram que é necessário as próprias instituições melhorarem a sua forma de ver esta mesma cultura de segurança, uma vez que os profissionais acabam por notificar pouco, contribuindo para isso a existência da sua culpabilização pelo erro, bem como o pouco envolvimento institucional com a cultura de segurança.

De forma a minimizar a probabilidade de erro, foram adotados comportamentos devidamente evidenciados e preconizados, como é exemplo a recomendação da DGS relativamente aos cuidados a ter na preparação e administração de terapêutica, recorrendo ainda à dupla verificação, principalmente com as orientadoras. Além disso, através do trabalho de projeto e respetivas intervenções desenvolvidas, promovemos o envolvimento dos enfermeiros na problemática e gestão do controlo de infeção, contribuindo para a diminuição de eventos adversos relativos a esta temática, implementando ainda mecanismos que permitissem contribuir para prevenção da infeção. Obviamente, este acabou por ser um importante contributo para a melhoria da segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Para existir qualidade dos cuidados é imprescindível respeitar a individualidade de cada criança e sua família, sendo fundamental atender à promoção de um ambiente gerador de segurança. Existiu uma situação, no contexto do internamento de pediatria oncológica, que foi extremamente marcante e elucidativa acerca do respeito para com as crenças, necessidades espirituais e perceção de segurança de uma família específica. Neste caso, existia no seio familiar uma crença inabalável de que a cura iria acontecer. Para tal, no quarto apenas poderiam estar presentes pessoas que não demonstrassem tristeza para com a situação, sendo obrigatória a utilização de expressões que transmitissem esperança. Além disso, a mãe apenas utilizava roupas de cores vivas e alegres, uma vez que considerava a cromoterapia uma forma de manter a criança alegre. A crença da família, baseava-se no reforço do humor e espiritualidade da criança, como forma da mesma manter e ganhar a força necessária para lutar contra a doença.

Foi sempre respeitada a crença da família, dando assim alguma esperança e paz de espírito, uma vez que o tratamento convencional se mostrou impotente para impedir o inevitável.

A aquisição de competências no domínio da gestão dos cuidados foi, sem dúvida, um dos maiores desafios deste percurso. Facilmente se compreenderá que, estando-se numa posição de aluno da especialidade, com estadias relativamente curtas em todos os contextos, sendo-se estranho para todos os profissionais do serviço e a iniciar a prestação de cuidados sem se respeitar os tempos de integração preconizados em cada contexto, não estamos numa posição em que se detenha ou sejam reconhecidas competências de gestão e liderança dos cuidados. Obviamente, em todos os contextos, existiu uma evolução exponencial no que diz respeito à integração na equipa multidisciplinar, existindo uma participação e colaboração ativa na dinâmica de gestão de cuidados na fase final dos estágios.

Contudo, a grande colaboração para a aquisição de competências no domínio da gestão dos cuidados proveio da observação do desempenho das orientadoras da UCSP e UUP. Por um lado, na UCSP, a enfermeira orientadora era a responsável pela área de saúde infantil, acabando por ter o papel de consultora, esclarecendo dúvidas aos outros enfermeiros relativamente a esta faixa etária, sendo o pilar da prestação de cuidados à criança/jovem. Este papel assumia especial importância, na medida em que promovia uma uniformização das consultas de saúde infantil que eram realizadas por toda a equipa de enfermagem. Por outro lado, na UUP, a enfermeira orientadora exercia funções de chefia de equipa, assumindo um papel fundamental de orientação e coordenação da equipa, consoante as capacidades e habilidades individuais de cada enfermeiro, bem como o papel de coordenação na sala de emergência, sendo esse por si um ambiente de elevada complexidade e de difícil gestão. Foi-nos possível observar a forma como os cuidados eram supervisionados, como a delegação de tarefas era feita de acordo com as capacidades que os membros da equipa demonstravam para as cumprir, ou como existia uma efetiva gestão do espaço físico e recursos materiais. Aumenta a complexidade quando, tudo o que foi descrito, é realizado em concomitância com a efetiva prestação de cuidados, assumindo ainda o papel de decisor nas situações mais complexas que iam emergindo ao longo do turno. Acabou por ser extremamente gratificante termos a oportunidade de sermos acompanhados em estágio por uma verdadeira líder, com competência reconhecida por todos os elementos da equipa multidisciplinar. Em suma, este é um domínio em que foram adquiridas algumas competências, através da observação e vivência da liderança de orientadoras extremamente

competentes na sua área de atuação, existindo, no entanto, um longo caminho a percorrer no sentido de o desenvolvermos no futuro e em contexto laboral.

No CDE (Lei n.º 156,2015), mais especificamente no artigo 100.º, está devidamente explicitado que é dever dos enfermeiros manterem uma atualização permanente dos seus conhecimentos, o que inevitavelmente vai ao encontro do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Torna-se imprescindível, existir uma capacidade de reflexão e de autoconhecimento, que permitam compreender as reais necessidades formativas ou de mudança pessoal para se rumar a uma prestação de cuidados de qualidade. Foi através deste autoconhecimento que ocorreu o ingresso neste processo formativo, uma vez que a experiência profissional anterior aconteceu em contexto que não o pediátrico, sendo fundamental apreendermos e sedimentarmos novos conhecimentos para a prestação de cuidados nesta faixa etária tão específica e imbuída em variabilidade.

No entanto, a vida profissional até então demonstrou-se valiosa, uma vez que foi através desta e da adoção de uma postura crítica e reflexiva, que acabámos por selecionar o tema a desenvolver, com a rápida identificação de dificuldades no controlo de infeção em pediatria. Além disso, foi o autoconhecimento que motivou a inscrição no curso de cuidados paliativos pediátricos já citado anteriormente (Anexo A), como forma de contribuir para a melhoria da prestação de cuidados nesta área e no contexto laboral, onde vão existindo crianças com doenças raras e onde a cura já não é possível. Foi também o autoconhecimento que nos permitiu ter sempre a humildade de compreender os limites profissionais e pessoais, existindo sempre o recurso à experiência e conhecimentos dos enfermeiros e professoras orientadoras.

Ficou então demonstrado que o autoconhecimento é crucial para o desenvolvimento profissional, sendo um agente fundamental na motivação para uma permanente aprendizagem e melhoria da prática. A fase inicial deste percurso, de âmbito académico, demonstrou ter extrema importância para o desenvolvimento do conhecimento, mas insuficiente para responder às complexas e enormes exigências da prestação de cuidados nos vários contextos onde decorreram os estágios. Assim, foi fundamental a constante aquisição de conhecimentos e a aquisição da capacidade de procedermos à sua aplicabilidade na prática, com a inevitável gestão de emoções, prioridades, carga de trabalho e em contextos de elevado grau de complexidade. O desafio de desenvolvermos intervenções, no âmbito do controlo de infeção, adaptadas às necessidades de cada serviço, bem como à realidade e especificidade

experienciada em cada um, acabou por impulsionar uma constante pesquisa bibliográfica e sedimentação de conhecimentos que, indubitavelmente, darão contributos na restante vida profissional.

Acabou por ser uma oportunidade de contribuir para a aquisição e sedimentação de conhecimentos dos enfermeiros das várias equipas, com a gratificação dos conteúdos terem sido considerados pertinentes e adaptados ao contexto pelos mesmos. Além disso, inerente à prestação de cuidados em cada contexto está subjacente um corpo de conhecimentos, que viabilize a qualidade dos cuidados prestados e a aquisição da capacidade de atuar sob pressão. Apenas através do tempo dedicado à aquisição de conhecimentos, em consonância com as possibilidades da sua aplicação em cada contexto e com o contributo das enfermeiras orientadoras, professoras orientadoras e equipas de enfermagem, nos foi possível responder de forma satisfatória às dificuldades que foram naturalmente emergindo, existindo no final uma forma diferente de viver e pensar a profissão.

3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

O EEESIP, obrigatoriamente, tem que prestar cuidados tendo como base um modelo conceptual centrado no binómio criança/família, com vista à criação de uma verdadeira parceria de cuidados e em qualquer contexto em que se encontrem, seja em meio hospitalar, cuidados de saúde primários, cuidados continuados, ambiente escolar ou até mesmo em casa (Regulamento n.º 422, 2018). Através deste pequeno excerto do regulamento das competências específicas do EEESIP, facilmente se compreende que a base de sustentação da prestação de cuidados especializados na área da saúde infantil é o modelo da parceria de cuidados de Casey. Ao mesmo tempo, através de tudo o que já foi explicitado anteriormente, compreende-se que todo o trabalho desenvolvido e que possibilitou a aquisição das competências específicas do EEESIP, teve também como pilar este mesmo modelo, demonstrando de forma inequívoca o seu contributo para a prestação de cuidados nesta faixa etária específica.

No regulamento nº 422/2018:19192 pode aferir-se que são três as competências específicas inerentes à prestação de cuidados por parte do EEESIP, nomeadamente: "Assiste a

criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem", subdividindo-se as mesmas em várias unidades de competência.

Antes de mais, facilmente se compreende que o primeiro passo, transversal à aquisição de todas as competências específicas do EEESIP, foi dado em âmbito académico, através da aquisição de um gradual e sólido corpo de conhecimentos, que por sua vez possibilitou o ingresso na componente prática e em contextos diversificados, com maior facilidade e confiança.

Relativamente à primeira competência enunciada, assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, foi sem dúvida no estágio I e em ambiente de cuidados de saúde primários, que existiu um maior desenvolvimento e contributo para a sua aquisição. Importa enaltecer que esta competência tem a particularidade de precisar que o EEESIP tem que assistir a criança/jovem com a família e não assistir a criança/jovem e a família. Pode parecer que uma simples palavra não interfere com a essência da prestação de cuidados, mas neste caso específico existe toda uma diferenciação, uma vez que fica automaticamente subjacente a necessidade de inclusão dos pais na prestação de cuidados à criança/jovem, sendo o foco principal a criança/jovem, estando também subjacente a capacitação dos pais.

Acabou por ser esta a base da prestação de cuidados na UCSP, sendo mesmo visível o seu benefício através da adoção desta postura por parte da enfermeira orientadora. A observar também se aprende e foi gratificante compreendermos a capacidade que a mesma detinha em se adaptar aos variados contextos familiares, sempre na procura dos principais problemas, reais ou potenciais, dirigindo assim a sua atuação e sempre com o intuito da promoção da saúde da criança/jovem. Obviamente, seria demagógico enunciarmos a aquisição de competências sem aferirmos devidamente o contributo que a orientadora teve para o seu desenvolvimento e aquisição, sendo um exemplo de referência e indubitavelmente a seguir. É ainda de salientar que, o corpo de conhecimentos, a capacidade de comunicação e a adaptabilidade demonstrada pela enfermeira orientadora, contribuíram em grande parte para a possibilidade de aquisição de competências, tendo sido realmente uma orientação na estruturação do estudo, essencial para fazer face às necessidades das crianças/jovens/famílias.

A participação nas consultas de saúde infantil foram uma grande mais valia para a aquisição desta competência, sendo também um verdadeiro desafio. Por um lado, a experiência nesta área era diminuta, obrigando a um grande investimento pessoal no estudo do PNSIJ (DGS, 2013b) e da escala de Mary Sheridan modificada e, por outro lado, era necessária capacidade de adaptação aos vários contextos familiares com os quais existiu interação, tendo em vista respondermos às reais necessidades em saúde dos intervenientes. Os objetivos e linhas orientadoras das consultas de saúde infantil acabam por estar bem delineados no PNSIJ (DGS, 2013b), sendo um precioso documento na orientação e foco para os aspetos fundamentais a ter em conta nas várias faixas etárias e desde o nascimento até aos 17 anos e 364 dias. Foi dada relevância ao cumprimento do PNV (DGS, 2017) e em todos os momentos oportunos realizámos ensinamentos e educação acerca da importância do seu cumprimento, sendo também esta uma forma de maximizar a saúde.

Estas mesmas consultas acabaram por ser extremamente importantes para o desenvolvimento de uma capacidade avaliativa no que diz respeito ao desenvolvimento da criança, em todas as suas dimensões, tal como o desenvolvimento motor, emocional, cognitivo, social, bem como o contexto familiar e cultural em que a mesma se inseria. A aquisição desta capacidade acabou por ser fundamental e por se refletir nos outros contextos que se seguiram, uma vez que existiu um efetivo crescimento ao nível da observação e apreciação crítica do desenvolvimento da criança, bem como dos desvios de padrão para as diferentes faixas etárias.

Além disso, nestas consultas era dada grande importância aos cuidados antecipatórios, também eles bem patentes no PNSIJ (DGS, 2013b). Neste contexto, salientamos o desenvolvimento de habilidades no que diz respeito à capacitação dos pais para a deteção precoce de problemas presentes ou potenciais, dotando-os dos conhecimentos necessários para a vigilância e promoção da saúde dos seus filhos. Esta dívida de conhecimentos acaba por ser fundamental na medida em que, através do *empowerment* dos pais se consegue uma maior vigilância e deteção de desvios do padrão, possibilitando assim um efetivo e correto encaminhamento das situações mais alarmantes e que potencialmente podem afetar a saúde da criança/jovem.

Numa atitude reflexiva, acaba por ser extremamente interessante compreender a importância que o EEESIP tem nos cuidados de saúde primários, tendo-se constatado que a esmagadora maioria dos casos de crianças observadas nas consultas do desenvolvimento

infantil, a nível hospitalar, tinham essa proveniência. Contudo, a admissão das crianças a este nível, requer a deteção prévia e o mais precocemente possível, de problemas reais ou potenciais, sendo crucial o papel desempenhado pelo EEESIP neste âmbito.

Em complementaridade e concomitância, realizámos um estudo de caso focalizado em uma família específica, sendo a família selecionada acompanhada já previamente pela enfermeira orientadora. Este estudo de caso fez parte do programa do estágio I, sendo mesmo integrante da avaliação do mesmo. O mesmo possibilitou a aquisição de capacidades de uma avaliação mais profunda da criança e família no seu contexto sociofamiliar, permitindo assim um melhor entendimento e exploração dos problemas, o que por sua vez nos possibilitou efetivar um planeamento e intervenção dirigida ao real problema. Contribuiu para esta capacidade a utilização de um referencial teórico até então desconhecido. Existiu então a necessidade de aprofundarmos conhecimentos relativamente ao modelo de avaliação da família de Calgary, de forma a conseguirmos compreender melhor a dinâmica familiar, o que se torna fundamental uma vez que alterações no ambiente sociofamiliar podem comprometer o normal desenvolvimento da criança.

Relativamente à estruturação do estudo de caso, a mesma teve por base o processo de enfermagem, sendo esta uma metodologia científica que nos permite orientar e qualificar os cuidados de enfermagem, organizando-se em cinco etapas inter-relacionadas e interdependentes. Estas formam uma sequência metodológica em ordem cronológica para ser executada e são recorrentes, sendo as mesmas: a apreciação de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planeamento, implementação e por fim a avaliação. Segundo Pokorski, Moraes, Chiarelli, Costanzi, & Rabelo (2009:sp) “A aplicação efetiva do processo de enfermagem conduz à melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e estimula a construção de conhecimentos teóricos e científicos com base na melhor prática clínica.”. Os planos de cuidados foram desenvolvidos com base no processo de enfermagem e foi utilizada, na construção das intervenções, a linguagem CIPE®.

Como forma de complementar a avaliação estrutural da família utilizámos duas ferramentas, com as quais nunca tinha existido contacto até então. Procedemos então à elaboração de um genograma, que é um instrumento auxiliar que permite aos profissionais terem uma visão dos padrões e das relações familiares no seu processo de saúde e doença (Borges, Costa, & Faria, 2015). Procedemos ainda à elaboração de um Ecomapa, que é um

importante instrumento de colheita de dados, representando uma visão global da família e retratando ligações importantes entre a mesma e o mundo (Thumé et al., 2003). Desta forma, podemos afirmar que existiu uma evolução significativa na estruturação do pensamento crítico, tendo como base o processo de enfermagem e os instrumentos auxiliares supracitados, com vista à maximização da saúde da criança, à promoção da parentalidade e à deteção precoce de problemas que potencialmente pudessem afetar a qualidade de vida do binómio criança/pais.

Como é óbvio, de forma a conseguirmos dar resposta aos problemas levantados, após a apreciação inicial, foi fundamental existir uma sedimentação de conhecimentos através da revisão bibliográfica. De forma a contextualizar a situação, importa aferir que a bebé avaliada era uma prematura tardia. A OMS (2018) define bebés de pré-termo como aqueles que nascem abaixo das 37 semanas. Contudo, faz ainda a subdivisão destes bebés consoante a idade gestacional, considerando os bebés que nascem abaixo das 28 semanas como extremamente prematuros, os que nascem entre as 28 e as 32 semanas como muito prematuros e os que nascem entre as 32 e as 37 semanas de moderados e prematuros tardios. Tendo em conta que, segundo Morgan & Boyle (2017), os custos hospitalares atuais com o grupo dos prematuros tardios é substancial, existindo uma maior permanência hospitalar inicial, bem como um maior número de prescrições de medicação ou maior utilização dos serviços de saúde até aos 2 anos de idade, compreende-se a problemática e a necessidade de olharmos para estas crianças de outra forma, o que justifica a escolha da família que veio ser alvo do estudo de caso. Um dos grandes problemas identificados foi na alimentação da bebé, estando mesmo a amamentação comprometida no momento da apreciação inicial. Segundo Morgan & Boyle (2017), é comum a readmissão hospitalar dos prematuros tardios no primeiro mês de vida, contribuindo o facto de estes bebés terem grande dificuldade na amamentação. Para a resolução desta problemática e mais uma vez, contribuiu em muito a experiência que a enfermeira orientadora detinha relativamente a esta matéria. Foi com grande satisfação que, com persistência e a replicação de várias consultas de enfermagem num curto espaço de tempo, a bebé acabou por ficar em amamentação exclusiva, o que é demonstrativo da importância de existir um efetivo acompanhamento e proximidade, com a obtenção de resultados extremamente benéficos na maximização da saúde.

Assim, através da descrição realizada anteriormente, facilmente se compreende que este estágio contribuiu de uma forma inequívoca para a aquisição da competência assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, subdividida nas unidades de

competência E1.1. e E1.2. Contudo, apesar deste largo contributo, a aquisição destas competências não foi exclusiva deste contexto. Por exemplo, na UUP destacamos o papel fundamental do EEESIP na triagem, sendo fundamental e como já descrito, ter o corpo de conhecimentos e perspicácia necessárias para rapidamente detetar situações de risco, que possam afetar negativamente a vida da criança (E1.2.). Esta experiência, em concomitância com o recurso ao investimento pessoal em estudo, contribuiu significativamente para melhorar a capacidade de detetarmos rapidamente situações com gravidade real ou potencial, o que promoveu ainda a aptidão para procedermos ao seu rápido encaminhamento e para o local adequado e adaptado à sua situação clínica.

Salientamos ainda o contexto do internamento de pediatria oncológica, onde todo o trabalho desenvolvido tinha em conta a especificidade de cada criança/jovem e o seu estágio de doença, onde foram e de uma forma permanente, realizados ensinamentos e educações aos pais, de forma a promover a parentalidade e a capacidade para gerir o regime e a reinserção social da criança/jovem (E1.1.). Destacamos ainda que, na UCIN, existiu a possibilidade de termos um papel ativo no âmbito da maximização da saúde do RN, existindo um trabalho contínuo desde a admissão dos bebés prematuros até ao momento da sua alta e no que diz respeito à preparação e promoção da parentalidade (E1.1.). Esta postura foi essencial uma vez que tanto Ahmed (2009), como Morgan & Boyle (2017), são perentórios a afirmar que é fundamental existir uma melhor preparação dos pais para a alta hospitalar devido ao maior risco que os bebés prematuros têm de desenvolver complicações futuras. Assim, fica explícito que esta competência específica do EEESIP, bem como as suas unidades de competência, acabaram por ser desenvolvidas ao longo de todo o percurso realizado em estágio, complementado pelo corpo de conhecimentos adquirido em âmbito académico, sendo, no entanto, fundamental para a sua aquisição o estágio I.

Já o estágio final, que se subdividiu e foi realizado em três contextos distintos, acabou por ser fundamental para a aquisição de competências no âmbito do cuidar da criança e sua respetiva família em situações de especial complexidade. Neste sentido, e no que respeita ao desenvolvimento da capacidade de reconhecimento de situações de risco de vida e/ou instabilidade, com consequente adequação dos cuidados prestados, acabaram por ser fundamentais os contextos da UUP e UCIN. Não se indo alargar mais o tema, uma vez que já foi bem descrito anteriormente, na UUP, existiu a possibilidade de adquirirmos competências no posto de triagem. Como já foi referido, acabou por ser um posto onde a pressão era constante

e onde a capacidade de reconhecimento da criança em situação crítica tem que ser célere e elevada, pois daí depende a deteção precoce do risco e o respetivo adequado encaminhamento face à situação detetada. Esta atuação é fundamental uma vez que, segundo a OMS (2016:1), "As mortes de crianças hospitalizadas ocorrem com frequência nas primeiras 24 horas após admissão (...) poderiam ser evitadas se as crianças muito doentes fossem identificadas e o tratamento apropriado fosse iniciado imediatamente após a sua chegada à unidade de saúde.". Após esse reconhecimento, as crianças em verdadeiro risco de vida ou instabilidade acabavam por ser encaminhadas para a sala de emergência, local onde se notou a imprescindibilidade de uma verdadeira atuação em equipa e de todos os elementos da equipa multidisciplinar.

Neste local, o enfermeiro EEESIP assume um papel fundamental na prestação de cuidados, sendo crucial para essa mesma prestação "Conhecer a sala de reanimação e apreender os algoritmos a implementar perante uma criança em situação de risco de vida(...)" uma vez que "(...)são dois aspetos imprescindíveis a qualquer enfermeiro que trabalhe num Serviço de Urgência Pediátrica." (Macedo, Escudeiro, Rodrigues, Martins & Sobral, 2017:21).

Assim, facilmente se compreende que acabou por ser fundamental a revisão de protocolos e algoritmos de atuação em emergência em Pediatria para fazer face ao desafio que é prestar cuidados na sala de emergência. Existiu também um enorme contributo por parte da enfermeira orientadora, sendo a mesma dotada de largos conhecimentos no âmbito da emergência em pediatria, tendo ainda as funções de chefia de equipa, com a necessária capacidade de liderança e consequente gestão dos cuidados prestados. A mesma foi, indubitavelmente, imprescindível para o aprofundamento de conhecimentos e aquisição de competências, transmitindo sempre a sensação de inclusão na equipa de prestação de cuidados, o que motivou uma crescente e gradual aquisição de competências neste domínio da prestação de cuidados à criança/jovem em situação crítica.

Infelizmente, não existiu a possibilidade de frequentarmos o curso Suporte Avançado de Vida Pediátrico (SAVP) (Anexo C) antes do ingresso neste contexto, que teria sido, sem dúvida, uma mais valia. Contudo, este curso foi realizado posteriormente, tendo esta realidade vivida na sala emergência, dado um enorme contributo para a sua consecução na vertente prática. Ficou ainda a real noção da aplicabilidade prática do curso, uma vez que, numa postura reflexiva, conseguimos perceber que o trabalho de equipa desenvolvido, bem como a forma de pensar da equipa multidisciplinar, assentava nos pressupostos defendidos e treinados no mesmo.

Ainda no que diz respeito à capacidade de reconhecimento da criança/jovem em risco de vida ou com elevado grau de instabilidade, importa frisarmos o papel fundamental que os enfermeiros têm na vigilância e deteção precoce de situações potencialmente fatais. Ainda no âmbito da UUP, as crianças/jovens com elevado grau de instabilidade ou com diagnóstico indefinido, acabavam por ficar em SO, em permanente vigilância por parte da equipa de enfermagem. Relembramos uma situação específica de uma criança que recorreu à UUP por febre e prostração, tendo sido diagnosticada já em SO uma meningite meningocócica. Neste caso específico, acabou por ser fundamental a vigilância dos principais sintomas específicos da doença, sendo que nas crianças e segundo Beek et al. (2016), na sua *guideline* de diagnóstico e tratamento de meningites bacterianas, é comum existirem febres altas e convulsões. Acabou por ser extremamente interessante participarmos nos procedimentos que diziam respeito ao transporte da criança para uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica, sendo essa a necessidade equacionada para proceder ao seu tratamento, estabilização e vigilância.

Também na UCIN foram prestados cuidados diferenciados, em que a necessidade de conhecimentos acerca das complicações mais comuns ficou bem patente, sendo fundamental o aperfeiçoamento de conhecimentos no âmbito desta idade tão específica. Aqui existia uma contínua vigilância por parte da equipa, com vista à ocorrência de uma deteção precoce de situações potencialmente de risco, sendo o papel do EEESIP fundamental para a articulação com a família e equipa médica das situações mais complexas. Assim, ficou demonstrada e evidenciada a aquisição da unidade de competência E2.1.

A unidade de competência E2.2. diz respeito à aquisição da capacidade para gerir a dor e o bem-estar da criança. De uma forma transversal a todos os contextos existiam procedimentos capazes de infligir dor à criança, o que denota a importância de minimizar o impacto negativo que pode ter este estímulo. Também de uma forma transversal a todos os contextos, existiu a adoção de técnicas, cientificamente comprovadas, na redução do impacto nos procedimentos dolorosos ou passíveis de provocar desconforto.

Desde logo, no estágio I, existia uma sala de espera com brinquedos, onde as crianças aguardavam antes de entrarem para consultas ou vacinação. Já na sala de vacinação, conforme é preconizado pela OE (2013), eram sempre utilizadas e incentivadas técnicas não farmacológicas para a promoção do conforto e diminuição da dor, tais como a manutenção do contacto da criança com os pais, a distração, o embalo e colinho, a utilização de solução de

sacarose a 24% e no caso de bebés em amamentação, era promovida a mesma no momento da administração das vacinas.

Na UUP, apesar de existir um ambiente passível de gerar um maior nível de stress, tanto à criança como aos pais, em que a quantidade de tarefas se tornava extremamente exigente para a equipa de enfermagem, existia igualmente o cuidado de adotar as técnicas não farmacológicas já supracitadas, com resultados efetivos e visíveis no que diz respeito ao controlo da dor. Contudo, muitas das crianças que recorriam à UUP apresentavam dor, ou como principal queixa, ou como queixa associada a um conjunto de outra sintomatologia. Assim, parece ser óbvia a necessidade de desenvolvermos a capacidade de interpretação e atuação ao nível da dor da criança. Segundo Azevedo, Nascimento, Azevedo, Cavalcanti & Sales (2014), a dor quando não é tratada de forma adequada compromete a qualidade de vida da criança e familiares, podendo ainda ser potenciada pela falta de capacidade dos profissionais para lidar com essa experiência de sofrimento. Neste sentido, existiu uma exponencial capacidade de avaliação da dor na criança, com sua respetiva valorização, e aperfeiçoamento da utilização de escalas de avaliação e administração de terapêutica dirigida mediante protocolos instituídos na UUP.

Na UCIN, a promoção do bem-estar e gestão da dor fazia parte da rotina diária dos profissionais de enfermagem. No sentido da promoção do conforto e conforme é preconizado pela OE (2013), todos os cuidados eram prestados num ambiente pobre em luminosidade, com baixo nível de ruído ambiental e sua consequente contribuição na promoção do sono. Além disso, também como preconiza a mesma entidade, os RN eram contidos em "ninhos" e eram utilizados rolos de posicionamento, sendo os cuidados prestados de uma forma concentrada, evitando assim manipulações excessivas. Para além do que foi descrito e também em conivência com as recomendações da OE (2013), durante a realização de técnicas passíveis de causar dor, adotámos técnicas como a massagem terapêutica, método canguru, embalo e colinho, sucção não nutritiva e utilização da solução de sacarose.

Para finalizar, não poderíamos deixar de focar uma temática tão importante na prestação de cuidados à criança com doença oncológica, onde o controlo da dor assume primordial importância. Acabou por ser neste contexto onde a real dimensão da dor foi observada, o que contribuiu, sem dúvida, para o desenvolvimento de capacidades para darmos resposta a esta problemática. Segundo Sampaio & Costa (2017), é extremamente importante para a equipa de

enfermagem proceder a um efetivo controlo da dor, uma vez que a sua diminuição contribui para uma maior participação da criança na prestação de cuidados.

É pertinente descrevermos uma situação prática, vivenciada em contexto de estágio, que reforce a importância da afirmação anterior. Durante o estágio, prestámos cuidados a uma criança com mucosite oral, efeito secundário da quimioterapia, que tinha uma grande dificuldade na alimentação, motivada pela dor causada durante a mastigação e ingestão dos alimentos. Os pais, receosos com os efeitos secundários da morfina, durante algum tempo não relataram a situação, facto que foi identificado através da comunicação e relação estabelecida com a criança. Após procedermos à educação dos mesmos, desmistificando assim a ideia errada que detinham relativamente a esta medicação, explicitando ainda os prejuízos para a filha por não se alimentar adequadamente, passámos a administrar a terapêutica sempre antes das refeições, com a resolução efetiva do problema. Na realidade, existia sempre uma grande preocupação por parte da equipa de enfermagem no efetivo controlo da dor e promoção do bem-estar da criança e sua família, cultura essa que foi desenvolvida e aperfeiçoada ao longo do desenvolvimento do estágio.

Acabámos por desenvolver e apreender conhecimentos inerentes à avaliação da dor, com consequente administração de terapêutica dirigida à avaliação realizada, mas sempre em concomitância com a adoção de medidas não farmacológicas, sendo este conjunto de medidas de extrema importância na promoção do bem estar da criança, uma vez que segundo Sampaio & Costa (2017), a maioria das crianças com doença oncológica experienciam a dor, ou processos dolorosos, em alguma fase da sua doença ou processo de tratamento. Tendo em conta o trabalho desenvolvido no âmbito do trabalho de projeto, facilmente se compreende que um dos problemas destas crianças passava pela aceitação do isolamento, tentando-se atenuar o impacto dessa necessidade através da distração promovida pelo jogo, ao mesmo tempo que promovíamos um efetivo controlo de infeção. Também se compreenderá, que de uma forma transversal a todos os contextos, foram desenvolvidas competências e prestámos cuidados no sentido da promoção do modelo da parceria de cuidados, o que por si só, acaba por ser promotor do bem-estar da criança e dos pais.

A aquisição de competências que permita dar resposta a crianças com doenças raras e que ao mesmo tempo nos permita realizar uma prestação de cuidados de enfermagem adequados (E2.3.), acabou por se mostrar complexa, pois tal como o nome indica, a taxa de incidência deste

tipo de doenças é baixa. Antes de mais, importa contextualizar o que é uma doença rara e segundo a Comissão Europeia (2017b), são doenças cuja taxa de incidência não ultrapasse 1 a cada 2000 pessoas. Segundo a mesma entidade, estima-se que existam entre 5 a 8 mil doenças raras distintas, sendo que 80% das mesmas são provocadas por alterações genéticas, afetando entre 27 a 36 milhões de pessoas só na União Europeia, o que denota a necessidade premente de investimento a este nível. Contudo, tendo em conta que são consideradas doenças raras todas as doenças cuja taxa não ultrapasse 1 em cada 2000 pessoas, a doença oncológica em idade pediátrica é considerada doença rara em Portugal. No sentido de dar uma melhor resposta de cuidados de saúde a estes doentes, foi criado um documento de apoio à pessoa com doença rara, onde estão resumidos os centros de referência destinados a cada doença, bem como as redes de acompanhamento e legislação específica aplicável (Ministério da Saúde, 2018c).

Tendo-se realizado estágio num centro de referência de oncologia pediátrica, podemos afirmar que existiu a possibilidade de acompanhar e prestar cuidados a múltiplas crianças e suas famílias nestas condições. Contudo, esta prestação de cuidados é complexa, na medida em que uma doença rara acaba por provocar alterações significativas na vida, não só da criança, mas de toda a família, o que é demonstrativo de uma maior necessidade de suporte por parte do enfermeiro. No entanto os pais, segundo Smith, Cheater & Bekker (2013), apesar de reconhecerem que com o passar do tempo e o permanente contacto com a doença, acabam por desenvolver competências específicas, que lhes permitem prestar cuidados adequados às necessidades dos seus filhos, reconhecem também que a transmissão de informação e a dádiva de apoio por parte dos profissionais é insuficiente, sentindo mesmo que os seus conhecimentos adquiridos ao longo do tempo são desvalorizados. Facilmente se compreende que existe um longo caminho a percorrer na tentativa de realmente se alcançar o modelo da parceria de cuidados, mais uma vez um dos pilares do desenvolvimento deste trabalho.

A prestação de cuidados à criança também deve ter em conta a sua situação de maior fragilidade, sendo fundamental minimizar o impacto que essa mesma prestação de cuidados pode ter. Segundo Hockenberry & Wilson (2014), os cuidados atraumáticos são fundamentais, na medida em que as intervenções visam eliminar ou diminuir o sofrimento psicológico ou físico da criança. A título de exemplo, prestámos cuidados a uma criança de apenas 3 anos, a qual tinha uma grande dificuldade na aceitação da prestação de cuidados por parte dos profissionais, cuja estratégia encontrada passava por realizar todos os procedimentos, interpretados como dolorosos pela mesma, à sua boneca preferida. De uma forma simples, quando era necessário

avaliar os sinais vitais, puncionar ou colocar a medicação em curso, primeiramente havia lugar à realização dos procedimentos na sua boneca. Desta forma, a criança acabava por se sentir mais segura e, com o apoio dos pais, acabava por aceitar todos os cuidados que lhe eram prestados.

Relativamente à aquisição de competências no âmbito da majoração dos ganhos em saúde, com recurso à utilização de terapias complementares (E2.4.), contribuíram principalmente os contextos da UCIN e internamento de pediatria oncológica. Na UCIN, era visível essa majoração e melhoria da aceitação da prestação de cuidados por parte do RN, após a realização da massagem. Foi especialmente interessante percebermos, nos RN submetidos a Ventilação Não Invasiva (VNI), que ao realizarmos uma massagem prévia à colocação ou recolocação da máscara, nos pontos principais da face onde a mesma exercia a pressão, diminuíamos ou eliminávamos a sensação dolorosa, com o consequente término do choro. Além de contribuímos para a diminuição do estímulo doloroso, foi visível o contributo desta terapia para a consequente melhoria da função respiratória no RN, bem como a melhoria da aceitação e satisfação dos pais para com a VNI.

Contudo, foi no internamento de pediatria oncológica onde existiu maior possibilidade de prestarmos cuidados a crianças e famílias, onde a crença e fé nas terapias complementares eram evidentes. Segundo Bishop (2010), as terapias complementares mais utilizadas em crianças com doença oncológica são a massagem, musicoterapia, aromaterapia, a realização de dietas específicas e a suplementação com multivitaminas. Segundo o mesmo autor, os pais acabam por recorrer a estas terapias complementares com o intuito de promover a cura e um maior alívio dos sintomas, o que no final pode ser de extrema importância, existindo a sensação de que foi feito tudo o que era possível nesse sentido. Apesar da nossa prestação de cuidados se ter alicerçado num elevado grau de evidência e rigor científico, existiu a integração numa equipa multidisciplinar com grande humanidade e que tinha em conta as crenças e a vontade das crianças e sua família. Exemplificando uma situação concreta, após a análise dos constituintes e balanceados os benefícios e prejuízos, foi permitida, após concordância da equipa multidisciplinar, a administração de um suplemento vitamínico selecionado pelos pais, uma vez que existia a crença de que o mesmo iria contribuir para a cura da criança. Obviamente, este foi um fator determinante na promoção da satisfação dos pais, tal como na promoção de uma relação de confiança entre todos os intervenientes no processo de cuidar.

Por fim e no que diz respeito à unidade de competência referente à aquisição da capacidade de promover a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica e deficiência/incapacidade (E2.5.), acabou por ser, mais uma vez, o contexto da enfermagem de pediatria oncológica o que mais contribuiu para sua aquisição. De forma a não nos tornarmos repetitivos com o que já foi descrito anteriormente, enalteçamos principalmente o papel central e fundamental que o EEESIP tem na prestação de cuidados. Desta forma e através do estabelecimento de uma verdadeira relação terapêutica, existiu a oportunidade de realizarmos a educação e os ensinamentos considerados pertinentes, adaptados a cada contexto, no sentido de promover a aceitação dos cuidados, doença e alterações na vida familiar.

Enalteçamos o aprofundamento de conhecimentos ao nível da comunicação com a criança, adaptada à faixa etária, por forma a tentar compreender a real vivência da doença. Através da utilização de técnicas de comunicação criativa, defendidas por Hockenberry & Wilson (2014), tais como o brincar, o desenho e o escrever, existiu a possibilidade de melhor compreendermos na realidade os medos das crianças, adaptando assim a prestação de cuidados, o que consequentemente acabou por melhorar a aceitação dos mesmos e da sua condição de doença. Por exemplo, através da realização do jogo desenvolvido no âmbito do trabalho de projeto, percebemos uma melhor aceitação do isolamento por parte das crianças, principalmente pela compreensão da real importância e contribuição do mesmo para um melhor estado de saúde. Além disso, através do estabelecimento de uma relação de confiança, existiu uma real capacidade para melhor compreendermos as necessidades das crianças e seus pais, o que possibilitou uma melhor articulação com os restantes membros da equipa multidisciplinar, no sentido de suprir essas mesmas necessidades.

Mais uma vez, ficou demonstrado que o EEESIP tem um papel fundamental na articulação da prestação de cuidados, não só de enfermagem, mas também de outras especialidades, uma vez que é o profissional de saúde que detém mais tempo com a criança e sua família, estando numa posição privilegiada na assunção de medidas que visem a satisfação das necessidades deste binómio. Por fim, motivados pelo gosto pessoal e devido ao sentimento de necessidade de aprofundarmos mais conhecimentos nesta área, existiu a frequência de um curso básico de cuidados paliativos pediátricos (Anexo A), que acabou por dar contributos no aprofundamento de conhecimentos nesta área tão específica e que, com certeza, contribuirá para uma melhor prestação de cuidados de futuro e dirigida às reais necessidades destas crianças e famílias.

Relativamente à última competência específica do EEESIP, que respeita à prestação de cuidados específicos e que visam dar resposta às necessidades do ciclo vital e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3), ela acaba por, em parte, se interligar e ser indissociável da competência E1. Para promovermos o crescimento e o desenvolvimento infantil (E3.1.), foi novamente fundamental o estágio I, no âmbito dos cuidados de saúde primários. Conforme já foi explicitado anteriormente, existiu a possibilidade de participarmos nas consultas de saúde infantil, onde existiu a avaliação do desenvolvimento da criança e jovem com base nas recomendações do PNSIJ (DGS,2013b), bem como a transmissão das orientações pertinentes relativamente aos cuidados antecipatórios.

Nesse sentido, foi-nos possível realizar vários ensinamentos e adaptados às várias faixas etárias, salientando-se a promoção da imunização, a promoção de vários comportamentos correlacionados com ganhos em saúde, tais como, o cuidados com a alimentação, a segurança no transporte, a prática de exercício físico, a importância do sono adequado, a prevenção de acidentes, a importância do brincar e atividades de lazer, os riscos das novas tecnologias e sinais de alarme e alterações comportamentais a ter em conta. Obviamente, a única forma de conseguirmos proporcionar o adequado acompanhamento e procedermos a uma correta avaliação do desenvolvimento, passa por determos o corpo de conhecimentos necessário para fazer face às reais necessidades individuais de cada criança/família. Como tal, com a aquisição de conhecimentos conseguida no âmbito académico, associado ao apoio sempre demonstrado pela enfermeira orientadora, conseguimos sedimentar e aprofundar conhecimentos numa área de extrema importância para a promoção da saúde e do normal desenvolvimento infantil.

Para além da promoção do desenvolvimento infantil, também a promoção da auto estima do adolescente e a sua determinação nas escolhas relativamente à saúde (E3.4) foi amplamente desenvolvida no estágio I. Conforme já foi descrito, existia sempre um cuidado específico na realização das consultas a esta faixa etária, tentando-se proporcionar um ambiente acolhedor e não demasiado infantil, com a necessária adaptação da linguagem, temas a desenvolver e comunicação. Relativamente ao desenvolvimento de uma efetiva capacidade de comunicação com os adolescentes, muito contribuiu o estudo desenvolvido acerca das técnicas facilitadoras da mesma. Assim, conforme é aconselhado por Hockenberry & Wilson (2014), tentámos sempre dar atenção, fomentando a expressão de sentimentos e evitando os julgamentos, adotando-se sempre uma postura de respeito e tolerância para com as diferenças, procurando-se sempre

reforçar os aspetos positivos, até como forma de cativação e encorajamento da participação nas consultas.

Como é óbvio, as temáticas debatidas nestas consultas, bem como os ensinoss passíveis de serem realizados, poderiam ser suscetíveis de causar constrangimentos, principalmente se realizadas na presença de um dos pais. No entanto, foi com satisfação que conseguimos realizar múltiplos ensinoss, existindo uma total abertura dos adolescentes para desenvolver as mais variadas temáticas, muito graças à relação de confiança pré-existente entre a enfermeira orientadora e adolescente/família. Assim, abordámos temas essenciais nesta fase de transição, tais como as alterações físicas e emocionais características da faixa etária, a perigosidade dos consumos nocivos, sexualidade e risco de contração de doenças infetocontagiosas, entre outros temas como o *bullying* ou o *cibercrime*, sempre de acordo com as necessidades e dúvidas demonstradas. Através destas consultas, percebemos o início de atividade sexual por parte de vários adolescentes, procedendo-se ao seu encaminhamento para as consultas de planeamento familiar, notando-se uma boa aceitação e adesão, principalmente por parte das adolescentes do sexo feminino.

Relativamente à promoção da vinculação (E3.2.), podemos afirmar que o maior contributo para a aquisição desta capacidade proveio da UCIN. Em todos os cuidados prestados na UCIN, conforme já foi referido anteriormente, existia a tentativa de promover o vínculo e a parentalidade, fomentando-se inclusivamente a prestação de cuidados por parte dos pais e em parceria com os profissionais. Como também já foi referido, o nascimento de uma criança prematura altera todo um contexto familiar pré-existente e ao mesmo tempo defrauda as expectativas da existência de um pós-parto sem complicações, com posterior encaminhamento para o domicílio. Foi perceptível que os pais acabavam por se sentir impotentes, sendo muitos dos cuidados ao RN prestados pelos profissionais. Cabia então ao EEESIP promover o vínculo, dentro das possibilidades do RN e principalmente através da promoção da amamentação e da promoção do contacto físico entre pais e RN. O toque entre pais e RN, além de ser promotor do vínculo, mostrou-se preponderante na redução do stress do RN e promotor do seu relaxamento. Existiu sempre a tentativa de realizarmos procedimentos passíveis de causar desconforto ao RN em parceria com um dos pais, sendo que cabia aos segundos a responsabilidade de acalmar e conter o RN, contribuindo-se assim para a promoção do vínculo ao mesmo tempo que se tentava aumentar a confiança e serenidade do RN, sendo esta uma técnica defendida por Cordeiro & Costa (2014).

Contudo, não só na UCIN existiu a possibilidade de contribuirmos para a promoção da parentalidade e estabelecimento do vínculo com o RN. Também na UCSP, através das consultas de saúde infantil, o EEESIP mostrou ter um papel preponderante na promoção da parentalidade. Era aqui que acabava por ser dada continuidade ao trabalho inicialmente desenvolvido na UCIN, sendo fundamental o esclarecimento de dúvidas e a realização de ensinamentos promotores do contínuo estabelecimento do vínculo afetivo. Em concreto, demos muita importância à amamentação exclusiva, não só pelos seus conhecidos benefícios, mas também por ser promotora da parentalidade e vinculação. Conforme já foi referido anteriormente, a enfermeira orientadora foi a responsável pela criação do projeto do cantinho da amamentação na UCSP, tendo dado um enorme contributo na evolução dos conhecimentos ao nível desta temática.

Por fim, terminaremos a reflexão crítica relativa à aquisição das competências específicas do EEESIP, com a aquisição da capacidade de comunicação com a criança/família de forma apropriada ao seu desenvolvimento e cultura (E3.3). Ao longo da reflexão feita, relativamente à aquisição de outras competências específicas, já ficou demonstrado que a capacidade e desenvolvimento da comunicação com a criança/jovem e sua família foi uma habilidade bastante aperfeiçoada. Existiu efetivamente o desenvolvimento e o aprofundar de conhecimentos relativamente à comunicação, adaptada às várias faixas etárias, estágios de desenvolvimento e através da adoção de estratégias específicas e sustentadas na literatura, bem como a comunicação com crianças em situação de especial vulnerabilidade, ou com os próprios pais, tantas vezes fragilizados pela situação de doença dos seus filhos.

Contudo, também é necessário comunicar com a criança/jovem/família de acordo com as suas crenças e mantendo respeito para com a sua cultura. Neste sentido, não se pode deixar de salientar a possibilidade que existiu de serem prestados cuidados a crianças/jovens e pais provenientes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), uma vez que se realizou estágio num centro de referência que dava cobertura a doentes provenientes desses países. Facilmente se compreende que estas crianças/jovens e pais estavam numa situação de especial vulnerabilidade, fora do seu contexto habitual, longe do restante apoio familiar e num país culturalmente diferente. Coube-nos sempre a tentativa de minimizar o impacto negativo deste distanciamento, através da promoção de uma efetiva comunicação terapêutica e promoção da parceria de cuidados. Contudo, esta acabou por ser uma das situações mais complexas e difíceis de gerirmos, uma vez que prestámos cuidados a famílias em que a linguagem diferente era uma barreira à comunicação, sendo extremamente difícil, por exemplo, explicitarmos a importância

da adoção de determinados comportamentos fundamentais para o controlo de infeção ou do cumprimento do isolamento. Assim, muitas vezes a estratégia por nós adotada, passava pela demonstração dos procedimentos com incentivo à sua replicação. Relativamente às crianças, brincar é brincar e desenhar é desenhar, sendo esta uma linguagem universal capaz de as cativar, estratégia muitas vezes adotada para conseguirmos ganhar a sua confiança.

Ficou então devidamente demonstrada a complexidade inerente à prestação de cuidados à criança/jovem/família, nos seus variados contextos, em vários estágios do desenvolvimento, detentores de várias doenças e em vários graus de gravidade, com consequente afetação da saúde e contexto sociofamiliar. Contudo, devido à enorme variabilidade existente nesta faixa etária, existiu efetivamente uma profunda aquisição de competências específicas do EEESIP, mas acima de tudo um virar de página na forma de interpretarmos, refletirmos e planearmos a prestação de cuidados.

3.3. Competências de Mestre

Tal como já ficou explícito anteriormente, falarmos de aquisição de competências remete-nos obrigatoriamente para pressupostos essenciais alicerçados na evidência científica. Torna-se quase impossível separar o trajeto realizado na aquisição destas competências de Mestre, do realizado para adquirir as competências comuns e específicas do EEESIP. Na realidade, o trajeto formativo que desenvolvemos em âmbito escolar, associado à possibilidade de desenvolvermos e implementarmos na prática, em contextos diversificados, os conhecimentos adquiridos, aliado à constante busca pelo conhecimento, necessário para darmos resposta às solicitações e particularidades de cada serviço, passando ainda pelo crescimento profissional relativamente à capacidade de investigação, inexistente até então, foram sem dúvida os pilares na aquisição de todas as competências, incluindo as de Mestre.

Contudo, existe legislação específica a regulamentar juridicamente os graus académicos e diplomas do ensino superior, nomeadamente o DL nº63/2016, onde são explícitos os requisitos fundamentais para o formando adquirir o grau de mestre, sendo ainda enaltecido que esse mesmo grau pode ser atribuído através de uma área de especialização.

Torna-se então fundamental explicitarmos, desde já, que os conhecimentos adquiridos durante o curso base de enfermagem, tal como o seu desenvolvimento e aprofundamento em contexto laboral ao longo da vida profissional, possibilitaram e contribuíram profundamente na aquisição de uma maior capacidade de compreensão, permitindo assim conseguirmos ter o pensamento crítico necessário e rapidamente compreendermos uma área onde era fundamental existir intervenção neste contexto específico que é a Pediatria, nomeadamente no controlo de infeção. Já havíamos referido anteriormente, que os anos de trabalho em outro contexto, nomeadamente em enfermagem de adultos, em muito contribuíram para rapidamente compreendermos as dificuldades inerentes ao efetivo controlo de infeção em Pediatria, o que motivou o interesse pela temática e seu aprofundamento ao longo deste curso de Mestrado. Assim, depreende-se que existiu um efetivo ganho de conhecimentos e de compreensão, que se sustentando nos conhecimentos pré-existentes, permitiram e constituíram "(...) a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação." (DL nº63,2016:3174)

Ao ingressarmos no desafio que é o mestrado, tínhamos de base apenas a experiência profissional em serviço de internamento de Pediatria, pelo que acabou por ser uma grande mais valia na aquisição de conhecimentos e consequentemente de competências, a frequência de vários contextos distintos, cada um com as suas particularidades e grau de complexidade. A possibilidade de fazermos um percurso transversal, desde os cuidados de saúde primários até aos serviços hospitalares, sendo que todos requerem muito dos enfermeiros, seja relativamente a conhecimentos teórico práticos, gestão dos cuidados e sua priorização, ou até mesmo disponibilidade mental para suprir as necessidades de crianças e suas famílias, em binómios saúde/doença totalmente distintos, contribuiu para um enorme crescimento profissional e consequentemente ocorrer a aquisição da capacidade de "Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo." (DL nº63,2016:3174).

Seria demagógico assumirmos a aquisição da capacidade de aplicação de conhecimentos, ou de compreensão e resolução de problemas complexos, sem aferir devidamente que, ao longo do percurso formativo foram realizadas várias revisões da literatura, que não só sobre a temática principal deste relatório, mas sim focadas nas reais particularidades e necessidades de cada contexto, no sentido do desenvolvimento e crescimento profissional e pessoal, fundamental

para a superação das adversidades e sempre com o objetivo de chegarmos ao fim sentindo sermos parte integrante das equipas multidisciplinares. O *feedback* recebido ao longo de cada contexto acabou por ser demonstrativo de que, as horas de vida pessoal despendidas na procura de um corpo de conhecimentos sólido não foram em vão, tendo sido uma atitude fundamental para a aquisição desta competência específica.

Contudo, várias adversidades foram surgindo ao longo deste trajeto formativo, desde logo relacionadas com o tema selecionado para ser desenvolvido, aprofundado, com realização de intervenções. Conforme evidenciado por Mileski et al. (2018), uma das barreiras ao efetivo controlo de infeção acaba por ser a adaptação das normas vigentes para a idade adulta ao contexto pediátrico. Assim, facilmente se compreende que isto acontece devido à ausência de bibliografia disponível e adaptada à idade pediátrica, o que nos dificultou o planeamento das intervenções. Além de existirem várias dificuldades acrescidas ao controlo de infeção em pediatria, essas sim bem evidenciadas anteriormente, foi fundamental adaptarmos as intervenções ao contexto específico, suas particularidades, disponibilidades de espaço e de profissionais e envolvimento dos mesmos para com a temática.

De forma a conseguirmos ultrapassar todas estas dificuldades, existiu numa primeira instância a necessidade de sensibilizarmos os enfermeiros de cada serviço, de que este é um tema fundamental para se conseguir atingir a preconizada segurança e consequente qualidade dos cuidados. A postura reflexiva adotada e necessária para adaptarmos as intervenções do controlo de infeção aos vários contextos, acabou por contribuir diretamente para melhorar a atuação das equipas de enfermagem, quer por se ter chamado as mesmas a envolverem-se e pensarem acerca do tema e sua potencial mortalidade, quer por se ter consequentemente intervindo nas que foram demonstradas reais necessidades dos serviços. Acaba por ser uma responsabilidade acrescida dos enfermeiros, a prestação de cuidados assente nos mais elevados padrões de controlo de infeção, até porque pode estar em causa e implicada diretamente, a capacidade de combate às infeções por parte das gerações futuras, com todas as implicações para a saúde e esperança de vida que isso pode ter para a humanidade. Assim, consideramos ter existido, através de uma estratégia bem delineada e já descrita, a "Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem." (DL nº63,2016:3174).

Contudo, o grau de mestre apenas deve ser conferido aos candidatos que demonstrem "Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades." (DL nº63,2016:3174). Assim, facilmente se depreende que não é suficiente adquirirmos os conhecimentos e competências já referenciados anteriormente, sendo também fundamental a aquisição de capacidades que permitam, de uma forma inequívoca e fundamentada, explicitar as conclusões com consequente aplicabilidade prática para a prestação de cuidados. Essa foi a mentalidade que esteve sempre presente ao longo deste percurso, com o objetivo principal de desenvolvermos, em simultâneo, competências promotoras do crescimento profissional, mas também competências que permitissem dar um contributo direto para a prática e quotidiano da enfermagem.

Mais uma vez, acabou por ser fundamental a constante aquisição de conhecimentos, principalmente no que respeita à temática do controlo de infeção, com consequente aperfeiçoamento de habilidades de investigação, com a dificuldade acrescida e decorrente da carência bibliográfica existente e no que diz respeito ao tema que seleccionámos para ser desenvolvido ao longo deste percurso. Facilmente se compreende que, o facto de desenvolvermos intervenções no âmbito do controlo de infeção, adaptadas às necessidades e especificidade de cada contexto acabou por ser o maior desafio. Para o superar, além da obrigatoriedade de existir um bom planeamento de todas as intervenções a serem realizadas, acabou por ser crucial adquirirmos a capacidade de fundamentar e explicitarmos os resultados e seu consequente benefício para a prática diária. Apenas dessa forma foi possível existir aceitação por parte de todos os intervenientes e, consequentemente, existir a implementação efetiva das intervenções planeadas, ficando as várias equipas com a certeza dos ganhos futuros para a sua prática diária e melhoria da prestação de cuidados. Assim, em todos os contextos foi fundamental compreendermos as reais necessidades de intervenção no âmbito do controlo de infeção em Pediatria, sensibilizarmos os profissionais para este tema e demonstrarmos que as intervenções realizadas trariam, com toda a certeza, benefícios para a melhoria da segurança e qualidade dos cuidados, sendo claro que, através da implementação dessas mesmas intervenções em outros contextos similares, os resultados foram benéficos.

Importa ainda salientar que, de forma a fundamentarmos a pertinência desta temática e compreendermos a importância que lhe é atribuída pelos profissionais, acabou por ser realizado um artigo de investigação sobre a importância de se proceder ao *empowerment* dos pais para o

controlo de infeção (Apêndice M), tendo ainda sido aplicado um questionário (Apêndice N) em 3 serviços distintos da área da pediatria, tendo o mesmo demonstrado que existe efetivamente dificuldade em fazer cumprir as precauções básicas e precauções específicas consoante a via de transmissão por parte dos pais. Estes resultados acabam por ser o grande pilar de suporte das intervenções que realizámos nos vários contextos, demonstrando a efetiva necessidade de melhoria nesta área tão específica e fundamental que é o controlo de infeção.

Todo o percurso formativo desenvolvido até à data de hoje, com a consequente aquisição de competências específicas do EEESIP, competências comuns do enfermeiro especialista e competências de mestre já discutidas e comprovadamente adquiridas, ainda em consonância com o desenvolvimento da capacidade de investigação e subjacente aquisição de conhecimentos, contribuiu de forma clara para desenvolver "Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo." (DL nº63,2016:3174). Parece claro que este percurso acaba por ser o início de uma nova etapa na vida profissional futura, com responsabilidade acrescida na forma de interpretarmos, aprofundarmos e consequentemente contribuirmos para a melhoria da prestação de cuidados, tanto da nossa como dos restantes intervenientes que conosco coexistem. Consideramos então, que este percurso formativo promoveu efetivamente competências que permitirão uma aprendizagem para a restante vida profissional e no que diz respeito à autonomia.

Assim, com o término desta etapa e ambicionado início de uma nova, fica a certeza de que no futuro irá sempre ser dado o contributo para o desenvolvimento de uma prática de Enfermagem sustentada na evidência científica, com a constante procura de melhorias com aplicabilidade na prática diária e consequente contributo para a qualidade e segurança de cuidados. Só assim é possível afirmar ser-se mestre.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão realizada sobre a aquisição das várias competências adquiridas ao longo deste trajeto, acaba por espelhar todo o percurso formativo realizado até à elaboração deste relatório final. É então imprescindível, neste capítulo específico, realizarmos uma última síntese de todo esse percurso, com todas as aprendizagens, desafios e incremento de conhecimentos que possibilitou e que, com toda a certeza, modelarão a prestação de cuidados futura.

Antes de mais, importa mais uma vez salientarmos o papel fulcral que desempenhou a componente académica no desenvolvimento de várias capacidades e conhecimentos. A capacidade de pesquisa e investigação, a modelação do pensamento para a necessidade do EEESIP liderar e gerir os cuidados nesta faixa etária tão específica e a capacidade de atuar mediante elevados padrões de qualidade e com respeito pela ética e deontologia profissional, foram apenas alguns dos muitos contributos e com implicação direta na prestação de cuidados que se desenvolveram, não só ao longo dos estágios, mas também no contexto profissional.

A linha da segurança e qualidade dos cuidados acabou por estar sempre presente ao longo do percurso desenvolvido, devido principalmente à escolha de um tema cuja problemática é bem real, com capacidade potencial para limitar a qualidade de vida e saúde das gerações futuras. Assim, emergiu o controlo de infeção como tema chave e como parte de uma estratégia mais abrangente e global de combate à RAM. De forma a delinear o projeto a ser desenvolvido, foi utilizada a metodologia de trabalho de projeto, assumindo-se a sua concretização e o cumprimento dos seus pressupostos chave, como uma forma de contribuir para a melhoria da segurança e qualidade em todos os contextos onde realizámos os estágios. Para que tal fosse possível, foi fundamental realizarmos todas as etapas desta metodologia nos quatro contextos distintos, procedendo-se então a um diagnóstico de situação, determinação de objetivos, planeamento, execução e avaliação da intervenção, sempre com o intuito de promovermos melhorias no âmbito do controlo de infeção, mas adaptadas às necessidades e especificidade de cada serviço.

Esta forma de desenvolvermos as intervenções permitiu que, a partir de uma temática abrangente, se conseguissem melhorar áreas específicas de atuação no âmbito do controlo de infeção. Contudo, este acabou por se tornar um enorme desafio, uma vez que não tínhamos prestado cuidados em nenhum contexto similar na vida profissional, sendo obviamente

necessário recorrer à experiência adquirida inicialmente em cada contexto, bem como às necessidades manifestadas pelas equipas e enfermeiras orientadoras, por forma a procedermos ao correto diagnóstico de situação e respetivo planeamento adaptado a cada contexto.

Outra dificuldade a ultrapassar, dizia respeito à carência bibliográfica referente ao controlo de infeção em pediatria. Especificamente, essa carência foi mesmo referida como uma limitação de estudo em algumas das investigações analisadas e utilizadas no âmbito deste relatório, devido à existência da extrapolação das normas e orientações utilizadas na idade adulta para a idade pediátrica. Contudo, conforme ficou contextualizado, o controlo de infeção em pediatria tem um acréscimo de dificuldade, sobretudo pela imaturidade imunológica, maior proximidade por parte dos profissionais, maior dificuldade no cumprimento das medidas de isolamento e a existência de áreas comuns para brincar. Assim, foi necessário recorrermos a uma investigação profunda, a qual se pretende submeter para publicação num futuro próximo, de forma a melhorar a entender quais as medidas de controlo de infeção eficazes em pediatria, tendo-se chegado à conclusão que o elemento realmente diferenciador é a constante presença dos pais, sendo fundamental a sua inclusão e empowerment relativamente a esta temática.

A constante presença dos pais pode ser vista como um problema, mas cabe ao enfermeiro EEESIP transformar esta realidade numa solução. Para isso é fundamental e recomendado que o enfermeiro capacite os pais no cumprimento das medidas necessárias para um efetivo controlo de infeção, devendo os mesmos serem encarados como parceiros e não como fiscalizadores. Inevitavelmente, com a demonstrada necessidade de empowerment dos pais, emergiu como condutor deste nosso estudo o modelo da parceria de cuidados de Anne Casey, o que acabou por interferir positivamente e inclusivamente na prestação de cuidados.

Foi interessante constatar que, as intervenções realizadas em dois dos contextos hospitalares, consoante as necessidades demonstradas, foram de encontro à dificuldade no cumprimento das medidas de controlo de infeção por parte dos pais. De forma a comprovarmos a existência dessa mesma dificuldade em outros contextos similares, elaborámos e aplicámos um questionário em três serviços distintos da área pediátrica, um de internamento, um de urgência pediátrica e uma UCIN. Constatámos que, na generalidade, os enfermeiros consideram existir uma má aceitação por parte dos pais ao isolamento, sendo essa uma medida inevitável e fundamental a adotar quando existe a necessidade, reconhecendo os mesmos que a utilização de material de suporte para explicitar a sua importância, pode ser uma medida adjuvante na sua

aceitação. Contudo, alguns autores enunciados ao longo do trabalho, demonstraram que os pais se sentem desamparados, desinformados e à margem da prestação de cuidados, em contraste com estudos sobre enfermeiros que referem pautar essa mesma prestação de cuidados com base no modelo já referido. Assim, da triangulação de todos estes dados acaba por surgir uma questão interessante e pertinente à qual não foi objetivo darmos resposta. Os pais não cumprem as medidas de controlo de infeção ou não são devidamente instruídos nesse âmbito? Fica esta questão por ser respondida, mas não deixa de ser interessante constatar que consoante os estudos recaiam sobre os pais ou sobre os profissionais, as respostas invariavelmente vão no sentido oposto.

Importa ainda referir que não encarámos a importância do controlo de infeção apenas na visão da qualidade e segurança dos cuidados, desenvolvendo-se intervenções de uma forma mais abrangente e no contexto global da prevenção de IACS e seu enorme contributo na problemática de base, o combate à RAM. Neste sentido, a preconizada sensibilização e formação dos profissionais nesta área acabou por se efetivar em todos os contextos, com especial incidência onde essa necessidade foi demonstrada. Em dois dos contextos realizámos formação sobre a prevenção de IACS, que inevitavelmente foi adaptada ao contexto, tendo-se tornado num importante momento reflexivo em equipa, na procura de soluções para problemas identificados neste âmbito. Existindo comprovadamente microrganismos multirresistentes na comunidade, ao mesmo tempo que os enfermeiros da UCSP ocupam uma posição privilegiada na sociedade, acabou por ser fundamental a sensibilização feita a estes profissionais, de forma a possibilitar a educação da população que servem.

Além disso, nos contextos onde efetivámos os momentos formativos e através dos resultados das avaliações dos mesmos, parece ser dada relevância, por parte dos profissionais, à adequação dos conteúdos e estratégias de controlo de infeção ao seu contexto laboral específico. Importa então, como forma de motivar e mobilizar os profissionais para esta temática, existir superiormente a sensibilidade de se compreender que, apesar das linhas gerais e os pressupostos fundamentais serem os mesmos, eles devem ser adaptados à especificidade e volume laboral de cada contexto. Inclusivamente, através dos questionários aplicados em três contextos distintos, percebemos que a maioria dos profissionais considerava não existir uma dotação suficiente de elementos para fazer face às necessidades de crianças em isolamento. Esta questão remete-nos, sem sombra de dúvida, para a necessidade de mudança na forma de planejar o controlo de infeção, sendo fundamental a abertura à auscultação dos intervenientes

da prestação direta de cuidados, que demonstraram nas sessões supracitadas, terem a capacidade e o discernimento necessários para compreender as principais falhas dos serviços neste âmbito.

Tendo em conta todos os contextos experienciados, o trabalho de projeto desenvolvido e já devidamente explicitado, em consonância com todas as atividades formativas e outras experiências desenvolvidas paralelamente ao processo formativo, podemos afirmar que existiu um efetivo aperfeiçoamento da prestação de cuidados, com crescimento ao nível do autoconhecimento e do espírito crítico. Com é óbvio, o objetivo fundamental sempre foi e sempre será rumarmos a uma prestação de cuidados de excelência, onde a segurança e a qualidade serão sempre os seus pilares basais, colocando-se no centro dos mesmos o binómio criança/jovem e sua família.

Podemos ainda afirmar que, de uma forma geral e graças ao percurso desenvolvido nos vários contextos da pediatria, as competências comuns e específicas do EEESIP, bem como as competências de mestre, foram positivamente adquiridas.

REFERÊNCIAS

- Administração Regional de Saúde. (2017a). *ACES Alentejo Central*. In Portal SNS- Serviço Nacional de Saúde. Acedido a 2 de Fevereiro de 2019, em: <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/EstruturaOrganica/Paginas/ACES-Alentejo-Central.aspx>
- Administração Regional de Saúde. (2017b). *Apresentação*. In Portal SNS- Serviço Nacional de Saúde. Acedido a 2 de Fevereiro de 2019, em: <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/Paginas/Apresentacao.aspx>
- Ahmann, E. & Dokken D. (2012) *Strategies for Encouraging Patient/Family Member Partnerships With the Health Care Team*. Pediatric Nursing Jul-Aug;38(4):232-5. Acedido em: <https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=ce40570b-fa64-4467-a169-7851f9978509%40sessionmgr104>
- Ahmed, A. H. (2009). *Role of the Pediatric Nurse Practitioner in Promoting Breastfeeding for Late Preterm Infants in Primary Care Settings*. Journal of Pediatric Health Care Volume 24, Number 2. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2009.03.005>
- Alves, D. & Guirardello, E. (2016). *Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico*. Revista Gaúcha Enfermagem jun;37(2):e58817. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/19831447.2016.02.58817>
- Antão, C., Sousa, F., Anes, E., Fernandes, A., Magalhães, C. & Branco, M.A.V., (2016). *Vigilância Infantil no 1º Ano de Vida: Conhecer e intervir para prevenir*. Egitania Scienica Jan. - Jun.; ISSN: 1646-8848. Acedido em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/13340>
- Azevedo, D. M., Nascimento, V. M., Azevedo, I. C., Cavalcanti, R. D. & Sales, L. K. O. (2014). *Assistência de enfermagem à criança com dor: avaliação e intervenções da equipe de enfermagem*. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde, Vitória, 16(4): 23-31, out-dez. Acedido em: <http://www.periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/11170/7780>

- Beek, D., Cabellos, C., Dzupova, O., Esposito, S., Klein, M., ... Brouwer, M. C. (2016). *ESCMID guideline: diagnosis and treatment of acute bacterial meningites*. Clinical Microbiology and Infectious Diseases 22: S37–S62. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cmi.2016.01.007>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bijani, M., Torabizadeh, C., Rakhshan, M. & Fararouei, M. (2018). *Professional Capability in Triage Nurses in Emergency Department: A Qualitative Study*. Revista Latinoamericana de Hipertensión. Vol. 13 - Nº 6. Acedido em: http://www.revhipertension.com/rh_6_2018/10_professional_capability_i_triage_nurses_in.pdf
- BISHOP, F. (2010). *Prevalence of Complementary medicine Use in Pediatric Cancer: A Systematic Review*. Official Journal of the American Academy of Pediatrics. Vol.125, n.4, p.768 – 776. DOI: 10.1542/peds.2009-1775
- Borges, C. D., Costa, M. M., & Faria, J. G. (2015). *Genograma e atenção básica à saúde: em busca da integridade*. Revista Psicologia E Saúde, 7(2), 133–141. Acedido em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177093X2015000200007
- Brixner, B., Renner, J. D. P., & Krummenauer, E. C. (2016). *Contaminação ambiental da UTI pediátrica: fator de risco para a ocorrência de infecções oportunistas?*. Revista de Epidemiologia e Controlo Infecção, Santa Cruz do Sul, 6(1):24-28, 2016. [ISSN 2238-3360]. Doi: <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v6i1.6819>
- Brown, T. L. (2014). *Especificidades nas intervenções de enfermagem em pediatria*. In Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014) *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (Vol. 2, 9ª ed., pp. 1061-1118). Loures: Lusociência – Edições técnicas e científicas, Lda.
- Cardim, M., G., Santos, A. E. V., Nascimento, M. A. L. & Biesbroeck, F. C. C. (2008). *Criança em isolamento hospitalar: Relações e Vivências com a equipe de Enfermagem*. Revista de Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, jan/mar; 16(1):32-8. Acedido em:

<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/5901/1/rev.%20enf.%20uerj%20v16n1a05.pdf>

Casey, A. (1993). *Development and use of the partnership model of nursing care*. In GLASPER, Edward; TUCKER, Ann. *“Advances in Child Health Nursing”*. Oxford: Scutari Press. ISBN1-871364-91-4

Casey, A. (1995). *Partnership nursing: influences on involvement of informal carers*. Journal of Advances Nursing. 22. (1995), p. 1058-1062. Acedido em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x>

Cordeiro, R. A. & Costa, R. (2014). *Métodos não farmacológicos para alívio do desconforto e da dor no recém-nascido: uma construção coletiva da enfermagem*. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, Jan-Mar; 23(1): 185-92. Acedido em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00185.pdf

Cousins, D., Dewsbury, C., Matthew, L., Nesbitt, I., Warner, B., Chamberlain, J. ... Cummins, E. (2007). *Safety in doses: medication safety incidentes in the NHS*. London. Acedido em: <https://docplayer.net/20927315-The-fourth-report-from-the-patient-safety-observatory-safety-in-doses-medication-safety-incidentes-in-the-nhs.html>

Crespo, T. (2016). *A importância do Brincar para o desenvolvimento da criança* (Relatório Final de Mestrado). Escola Superior de Educação: Instituto Politécnico de Portalegre. Portalegre. Portugal. Acedido em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/19042/1/Relatório%20Final%20Teresa%20Paula%20Nogueira%20Crespo.pdf>

Dantes, R., Epton E. F., Dominguez, S. R., Dolan, S., Wang, F., Hurst, A., ... Gould, C.V. (2016). *Investigation of a cluster of Clostridium difficile infections in a pediatric oncology setting*. American Journal of Infection Control 44 138-45. DOI: 10.1016/j.ajic.2015.09.004

Darawad, M. W., Al-Hussami, M., Saleh, A. M., Mustafa, W. M. & Odeh H. (2015). *Violence Against Nurses in Emergency Departments in Jordan Nurses' Perspective*. Workplace Health & Safety, vol. 63, no. 1, 9-17. DOI: 10.1177/2165079914565348.

Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro. (2008). Diário da República, 1.ª série, N.º 38 — 22 (22-09-2008). 1182-1189. Acedido a 2 de Fevereiro de 2019, em: <https://dre.pt/application/conteudo/247675>

Decreto-Lei 118/2014 de 5 de agosto (2014). Ministério da Saúde. Diário da República: 1ª série, nº 149- (5-08-2104). 4069-4071. Acedido a 16 de Fevereiro de 2019, em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/118/2014/08/05/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei 63/2016 de 13 de Setembro (2016). *Ciência, tecnologia e Ensino Superior*. Diário da República, 1.ª série, nº 176 — 13 (13-09-2016). 3159-3191. Acedido a 2 de Fevereiro de 2019, em: <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>

Despacho nº 9871/2010 de 11 de junho (2010). *Alargamento da Idade pediátrica*. Diário da República, 2.ª série nº 112 (11-06-10). 32123. Acedido em: <http://www.dre.pt/util/getpdf.asp?s=dip&serie=2&iddr=112.2010&iddip=2010032166>

Despacho nº 1400-A/2015 de fevereiro do Ministério da Saúde, Pub. L. No. Diário da República: II Série, n.º 28 (2015). Acedido em: http://sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Fevereiro/Desp_1400A_2015.pdf

Despacho nº 5613/2015 de 27 de Maio (2015). *Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020*. Diário da República, 2.ª série N.º 102 (27-05-2015) 13550-13553. Acedido em: <https://dre.pt/application/file/67318639>

D'Espiney, L. (1997) Formação Inicial / Formação Contínua de Enfermeiros: Uma Experiência de articulação em Contexto de Trabalho. In: Canário, Rui (Org.). Formação e situações de trabalho. Porto: Porto Editora

Direção-Geral da saúde [DGS] (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde [PNCI]*. Acedido a 13 Janeiro 2019, em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude.aspx>

Direcção-Geral da Saúde - Departamento da Qualidade na Saúde. (2011). *Relatório técnico – Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente*. Lisboa: DGS. Acedido a 2 de Fevereiro de 2019 em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente.aspx>

Direção-Geral da saúde. (2013a). *Precauções Básicas do controlo da Infecção (PBCI)*. Norma nº029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013. Acedido a 03 Janeiro de 2019, em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2013b). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Norma n.º 010/2013*. Lisboa: 31 Maio de 2013. Acedido a 15 de Janeiro de 2019, em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2014). *Sistema Nacional de Notificações de Incidentes – Notifica*. Norma n.º 015/2014. Lisboa: 25 de Setembro de 2014. Acedido a 20 de Janeiro, em: <https://www.dgs.pt/servicos-on-line1/notific-sistema-nacional-de-notificacoes-de-incidentes-e-de-eventos-adversos.aspx>

Direção-Geral da Saúde - Departamento da Qualidade na Saúde. (2015a). *Relatório de Segurança dos Doentes Avaliação da Cultura nos Hospitais*. Lisboa: DGS. Acedido em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-seguranca-dos-doentes-avaliacao-da-cultura-nos-hospitais.aspx>

Direção-Geral da Saúde – Departamento da Qualidade na Saúde (2015b). *Violência Contra Profissionais de Saúde Notificação ON-LINE*. Lisboa: DGS. Acedido em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/notificacao-on-line-de-violencia-contra-profissionais-de-saude-relatorio-2015.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Portugal. Programa Nacional de Vacinação 2017*. Norma nº 016/2016 de 16/12/2016 atualizada a 31/07/2017. Lisboa: DGS. Acedido a 15 de Janeiro de 2019, em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/novo-programa-nacional-de-vacinacao-a-partir-de-janeiro-.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata*. Norma nº 002/2018. Lisboa: DGS. Acedido a 10 de Fevereiro de 2019, em: <http://direitodamedicina.sanchoeassociados.com/arquivo/norma-no-0022018-de-09012018-direccao-geral-da-saude-sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata/>

Dramowski, A., Whitelaw, A. & Cotton, M. F. (2016). *Healthcare-associated infections in children: knowledge, attitudes and practice of paediatric healthcare providers at Tygerberg Hospital, Cape Town*. Paediatrics and International Child Health VOL. 36 NO. 3. DOI: 10.1179/2046905515Y.0000000032

Eichner, J. M. & Johnson, B. H. (2012). *Patient- and Family-Centered Care and Pediatrician's Role*. *Pediatrics* 129-394. Acedido em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/129/2/394>

European Commission (2017a). *A European One Health Action Plan against Antimicrobial Resistance (AMR)*. Acedido em: https://ec.europa.eu/health/amr/sites/amr/files/amr_action_plan_2017_en.pdf

European Commission (2017b). *Rare diseases – A major unmet medical need*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Acedido em: <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/c2ba4fd4-ae31-11e7-837e-01aa75ed71a1/language-en/format-PDF/source-69927191>

Fernandes, N.G.V. & Silva, E.M.T. (2015). *Vivência dos pais durante a hospitalização do recém-nascido prematuro*. *Revista de Enfermagem Referência*, IV, n.º 4. Doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14032>.

- Ferreira, C. I. S. R. A. (2015). *Gestão em enfermagem e a formação em serviço: tecnologias de informação e padrões de qualidade*. (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto. Portugal. Acedido em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9756/1/tese_finalCarla%20Rego_fev2015.pdf
- Ferrito, C., Nunes, L. & Ruivo, M. (2010). *Metodologia de projecto: colectânia descritiva de etapas*. Percursos, 15, 1-37.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta. ISBN:978-989-8075-18-5
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos doentes: Uma abordagem prática*. Lisboa, Portugal: Lidel.
- França, A. (2012). *A Consciência Bioética e o Cuidar*. (1ª Edição). Coimbra: Formasau.
- Frank, E.S.M.P., Quaresma, A.C.M., Silva, J.S.N.S. & Rocha, R.B.A. (2018) *O cuidado de enfermagem ao recém-nascido prematuro em unidade de terapia intensiva neonatal*. Journal of Specialist, Scientific Journal, Nº 3, volume 3, article nº 10, Jul/Set. Acedido em: <http://journalofspecialist.com/jos/index.php/jos/article/view/111/65>
- Galdeano, L. E., Rossi, L. A. & Zago, M. F. (2003). *Roteiro Instrucional para a Elaboração de um Estudo de Caso Clínico*. Revista Latino-Americano de Enfermagem 11(3):371-5. Acedido em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16548>
- Garcia, C. R. F. (2015). *Cultura de segurança da criança hospitalizada num centro hospitalar da zona centro – percepção dos enfermeiros*. (Tese de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde, Viseu. Acedido em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2838/1/GARCIA%2C%20CatarinaRaquelFerreira%20DM.pdf>
- Guimarães, L. M. C. (2015). *Cultura de segurança do doente pediátrico num Centro Hospitalar na zona Norte*. (Tese de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde, Viseu. Acedido em:

[http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2859/1/GUIMARÃES%2C%20LaSalette MariaCarneiroBarros%20DM.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2859/1/GUIMARÃES%2C%20LaSalette%20MariaCarneiroBarros%20DM.pdf)

Hardy, A., Sabatiera, V., Roselloa, O., Salauzeb, B., Barbutc F. & Viallead R. (2018). *More than just teddy bears: Unconventional transmission agents in the operating room* Author links open overlay panel. Archives de Pédiatrie, Oct;25(7):416-420. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2018.08.003>

Hensel, K. O., Bruck, R. V. D., Klare, I., Heldmann, M., Ghebremedhin, B. & Jenke, A. C. (2017). *Nursing staff fluctuation and pathogenic burden in the NICU effective outbreak management and the underestimated relevance of non-resistant strains*. ScientificReports 7:45014. Acedido em: DOI: 10.1038/srep45014

Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente*. 9ª edição. Loures: Lusociência. ISBN 978-989-748-004-1.

International Council of nurses [ICN]. (2017). *Antimicrobial resistance*. Geneva. Acedido em: https://www.icn.ch/sites/default/files/inlinefiles/PS_A_Antimicrobial_resistance.pdf

Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e colectivas*. Porto: ASA

Lei nº 21/81 de 19 de Agosto. (1981). *Acompanhamento familiar da criança hospitalizada*. 1.ª série — N.º 189 (19-08-1981). 2129. Acedido em: <https://dre.pt/application/conteudo/576493>

Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Diário da República, 1.ª série — N.º 181 (16-09-2015). 8077-8080. Acedido em: <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>

Lister D. M., Kotsanas D., Ballard S. A., Howden B. P., Carse, E., Tan K., ... Stuart R. L. (2015) *Outbreak of vanB vancomycin-resistant Enterococcus faecium colonization in a neonatal service*. American Journal of Infection Control 43 1061-5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2015.05.047>

Llory, M. & Montmayeul, R. (2014). *O acidente e a Organização*. Belo Horizonte: Fabrefactum.

Acedido em:

http://ftp.medicina.ufmg.br/osat/artigos/2016/oacidenteeorganizacao_mio_lo_e_capa-12-08-2016.pdf

Macedo, A. M., Escudeiro, M., Rodrigues, L. Martins, P. & Sobral, A. (2017). *A Sala de Reanimação Pediátrica: Que Realidade? Uma Análise ao Período 2015-2017*. Revista Clínica Hospital Prof. Dr.º Fernando Fonseca 5 (1/2): 19-23. Acedido em: <https://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/download/235/130>

Maia, J., Silva, L., & Ferrari, E. (2014). *A relação das famílias com as crianças hospitalizadas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal com a Equipa de Enfermagem*. Revista Enfermagem Contemporânea. Dezembro 2014:154-164. Acedido em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/336/343>

Mão de Ferro, A. (1999). *Na rota da pedagogia*. Lisboa: Edições Colibri.

Marchisio, P., Picca, M., Torretta, S., Baggi, E., Pasinato, A., Bianchini, S. ... Principi, N., (2014). *Nasal saline irrigation in preschool children: a survey of attitudes and prescribing habits of primary care pediatricians working in northern Italy*. Italian Journal of Pediatrics. 40(47), 1 – 8. Acedido em: <https://ijponline.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1824-7288-40-47>

Mavroidi, A., Liakopoulos, A., Gounaris, A., Goudesidou, M., Gaitana, K., Miriagou, V., Petinaki, E. (2014). *Successful control of a neonatal outbreak caused mainly by ST20 multidrug-resistant SHV-5-producing Klebsiella pneumoniae, Greece*. Biomed Central Pediatrics 14:105. Acedido em: Doi: 10.1186/1471-2431-14-105

Melo, E., Ferreira, P., Lima, R., Mello, D. (2014). *Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, maio-jun. 22(3):432-9. DOI: 10.1590/0104-1169.3308.2434

Mileski, M., Lee, K., Maung, S., Nelson, D., Palomares, O., Paredes, N. (2018). *Prevention of Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus in Neonatal Intensive Care Units: A*

Systematic Review. The ABNF Journal 46-53. Acedido em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=3a088396-02d9-415e-b171-4c07738caa6f%40sdc-v-sessmgr01>

Miller, M., Robinson, K., Lubomski, L., Rinke, M., Pronovost, P. (2007). *Medication errors in paediatric care: a systematic review of epidemiology and an evaluation of evidence supporting reduction strategy recommendations*. *Qual Saf Health Care* 16:116–126. DOI: 10.1136/qshc.2006.019950

Ministério da Saúde. (2011). *Orientações para a Organização e Funcionamento das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados*. Acedido a 2 de Fevereiro de 2019, em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/orientacoes-para-a-organizacao-e-funcionamento-das-unidades-de-cuidados-de-saude-personalizados.aspx>

Ministério da Saúde. (2018a). *Relatório Saúde Infantil e Juvenil - Portugal 2018*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-saude-infantil-e-juvenil-portugal-2018.aspx>

Ministério da Saúde (2018b). *Retrato da Saúde, Portugal*. Lisboa. ISBN 978-989-99480-1-3. Acedido em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf

Ministério da Saúde. (2018c). *Informação de apoio à pessoa com doença rara*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-apoio-a-pessoa-com-doenca-rara.aspx>

Morgan, J. C. & Boyle, E. M. (2017). *The late preterm infant*. Em *Paediatrics and Child Health* 28:1. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.paed.2017.10.003>

Muething, S., Goudie, A., Schoettker P. J., Donnelly, L. F., Goodfriend, M. A., Bracke, T. M. ... & Kotagal, U. R. (2012). *Quality Improvement Initiative to Reduce Serious Safety Events and Improve Patient Safety Culture*. *PEDIATRICS* Volume 130, Number 2, August. Acedido em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3408689/pdf/peds.2011-3566.pdf>

Oliveira, D., Figueiredo, M., Batista, V. (2013). *Ubiquidade do ruído em Neonatologia: efeitos e efectividade de medidas de controlo*. Acta Pediátrica Portuguesa, 44 (5), 234-241. Acedido em: <http://actapediatrica.spp.pt/article/view/3424/2739>;

O'Neill, J. (2014). *Antimicrobial Resistance: Tackling a crisis for the health and wealth of nations*. The Review on Antimicrobial Resistance. Acedido em: https://amr-review.org/sites/default/files/AMR%20Review%20Paper%20-%20Tackling%20a%20crisis%20for%20the%20health%20and%20wealth%20of%20nations_1.pdf

O'Neill, J. (2016). *Tackling Drug-Resistant Infections Globally: Final Report and Recommendations*. The Review on Antimicrobial Resistance. Acedido em: https://amr-review.org/sites/default/files/160525_Final%20paper_with%20cover.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Escala de validação das competências de desenvolvimento infantil dos 0-5 anos SGS II: Existência de validação para a população Portuguesa e valor para o fim a que se destina*. Parecer Nº 04/2010 de 20 de Outubro. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer%2004_MCEESIP_18.11.2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2013) – *Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, série 1, número 6. Acedido a 17 de Fevereiro 2019 em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcricao.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf

Pedroso, R. (2017). *Impacto da Parceria de Cuidados para a Criança Hospitalizada e sua Família*. International Journal of Developmental and Educational Psychology, Revista de

Psicología, Nº1 - Monográfico 2, ISSN: 0214-9877. pp:225-232 225. DOI: <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v3.991>

Pokorski, S., Moraes, M., Chiarelli, R., Costanzi, A. & Rabelo, E. (2009). *Processo de: da literatura à prática. O quê de fato nós estamos fazendo?* Revista Latino-Americano de Enfermagem, 17 (3). Acedido em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_04.pdf

PORDATA (2019). *Base de dados dos Municípios*. Acedido a 1 de Fevereiro de 2019 em: <https://www.pordata.pt/Municipios>

Principi, N. & Esposito, S., (2017). *Nasal Irrigation: An Imprecisely Defined Medical Procedure*. International Journal of Environmental Research and Public Health. 14, 1 – 13. Doi:10.3390/ijerph14050516

Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos [PPCIRA] (2017). *Programa Prevenção e Controlo da Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Lisboa: Direção-Geral da saúde. Acedido em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie.aspx>

Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências aos Antimicrobianos [PPCIRA] (2018). *Infecções e Resistências aos Antimicrobianos - Relatório Anual do Programa Prioritário*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/relatorios/infeccoes-e-resistencias-aos-antimicrobianos-2018-relatorio-anual-do-programa-rrioritario.aspx>

Rabelo, A. H. S. & Souza, T. V. (2009). *O conhecimento do familiar/acompanhante acerca da precaução de contacto: contribuições para a enfermagem pediátrica*. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, abr-jun; 13 (2): 271-78. Acedido em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a06.pdf>

Regulamento nº 533/2014 de 2 de Dezembro de 2014 da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: II série, nº 233. 30247-30254. Acedido em : https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4908/regulamento533_2014_normadotacoesseguras.pdf

Regulamento n.º 422/2018 de 12 de Julho de 2018 da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: 2º série, N.º 133. 19192-19194. Acedido em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de Fevereiro de 2019 da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: 2º série, N.º 26. 4744-4750. Acedido em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Roque, A., Bugalho, A. & Carneiro, A. V. (2007). *Manual de Elaboração, Disseminação e Implementação de Normas de Orientação Clínica* (1ª Edição). Centro de Estudo de Medicina baseada na evidência. Lisboa: Linha Editorial, Lda. Acedido em: <https://cembe.org/avc/docs/Manual%20de%20NOCs%20CEMBE%202007.pdf>

Roque, S. & Costa, M. (2014). *Preparação dos Pais para o Cuidar do Recém-Nascido Após a Alta: Avaliação dos Registos de Enfermagem*. *Millenium*, 47 (jun/dez). Pp. 47-60. Acedido em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium47/5.pdf>

Salgado, M., Bittencourt, I., Salgado, M., Paixão, G., Marinho, C., Fraga, C. (2018). *Percepção da enfermagem acerca do acompanhante no cuidado à criança hospitalizada*. *Ciência&Saúde*, 11(3):143-150. DOI: <http://dx.doi.org/10.15448/1983-652X.2018.3.29733>

Sampaio, J. F. & Costa, M. F. (2017). *Métodos para o tratamento da dor em crianças com câncer*. *Revista discente da UNIABEU*, Volume 5 Número 10 Jul-Dez. Acedido em: <http://revista.uniabeu.edu.br/index.php/alu/article/view/2451/2112>

- Santos, C., Moraes, J., Santos, N., Souza, T., Morais, R., Azevedo, S. (2016). *Qualidade da assistência de enfermagem em uma emergência pediátrica: perspectiva do acompanhante*. Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, 24(4):e17560. Acedido em: DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.17560>
- Sheahan, A., Copeland, G., Richardson, L., McKay, S., Chou, A., Babady, N. E., ... Kamboj, M. (2015). *Control of norovirus outbreak on a pediatric oncology unit*. American Infection Control 43 1066-9. DOI: 10.1016/j.ajic.2015.05.032
- Siegel, J.D., Rhinehart, E., Jackson, M., Chiarello, L. (2007). *Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Acedido em: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/isolation-guidelines-H.pdf>
- Silva, E., Pedrosa, D., Leça, A., Silva, D. (2016). *Percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico*. Revista de Enfermagem Referência, Série IV - n.º 9 - abr./mai./jun. 2016 pp.87-95. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16007>
- Smith, J., Cheater, F. & Bekker, H. (2013). *Parents' experiences of living with a child with a long-term condition: a rapid structured review of the literature*. Health Expectations, 18, pp.452–474. DOI:10.1111/hex.12040
- Sociedade Europeia de Oncologia Pediátrica [SIOPE]. (2009). *Padrões Europeus de Cuidados às Crianças com Cancro*. Varsóvia: SIOPE. Acedido em: https://www.siope.eu/wp-content/uploads/2013/09/European_Standards_Portuguese.pdf
- Sociedade de Pediatria de São Paulo, (2016). *Higienização nasal e o sono do bebê e da criança. Recomendações – Atualização de Condutas em Pediatria*. 74, 3 – 7. Acedido em: http://www.spsp.org.br/site/asp/recomendacoes/Rec_74_Sono.pdf
- Sousa, F. C. P. S., Montenegro, L.C. M., Goveia, V. R., Corrêa, A. R., Rocha, P. K., Manzo, B. F. (2017). *A participação da família na segurança do paciente em unidades neonatais na perspetiva do enfermeiro*. Texto Contexto Enfermagem 26(3):e1180016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001180016>

- Sousa, M. (2016). *Satisfação dos pais em relação aos cuidados de enfermagem numa unidade de cuidados intensivos e especiais neonatais e pediátricos- Aplicação da escala de apoio dos enfermeiros aos – Versão Portuguesa da Nurse Parente Support Tool, na UCIENP do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca*. Revista Clínica Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca 4 (1/2): 14-19. Acedido em: <https://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1931/1/04%20-%20Satisfação%20dos%20pais.pdf>
- Thumé, E., Dilelio, A. S., Van Ende, R. B., Marques, C. C., Oliveira, T. A. & Costa, C. M. (2003). *Cuidado Domiciliar no Programa de Saúde da Família: A Utilização de Novos Instrumentos para Subsidiar a Prática*. In Ciência, Cuidado e Saúde, 2(1), 75-78. Acedido em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5571/3543>
- Tsiatsiou, O., Iosifidis, E., Katragkou, A., Dimou, V., Sarafidis, K., Karampatakis, T., ... Roilides, E. (2014). *Successful management of an outbreak due to carbapenem-resistant Acinetobacter baumannii in a neonatal intensive care unit*. European Journal of Pediatrics 174:65–74. DOI: 10.1007/s00431-014-2365-8
- United Nations Children’s Fund. (1989). *A Convenção sobre os Direitos da Criança*. Acedido em: https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- Vilelas J. (2009). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda **ISBN**:978-972-618-557-4
- Wegner, W., Cantarelli-Kantorski, K. J., Gerhardt, L. M., Magalhães, A. M. M. (2018). *Percepção de familiares e cuidadores quanto à segurança do paciente em unidades de internação pediátrica*. Revista Gaúcha de Enfermagem 39:e2017-0195. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0195>
- Wegner, W., Silva, M., Peres, M., Bandeira, L., Frantz, E., Botene, D., Predebon, C. (2017) *Segurança do paciente no cuidado à criança hospitalizada: evidências para enfermagem pediátrica*. Revista Gaúcha Enfermagem Mar;38(1):e68020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.68020>

World Bank Group (2017). *Final Report Drug-Resistant Infections – A Threat to our Economic Future*. Washington. Acedido em:

<http://documents.worldbank.org/curated/en/323311493396993758/pdf/114679-REVISED-v2-Drug-Resistant-Infections-Final-Report.pdf>

World Health Organization (OMS). (2001). *WHO Global Strategy for Containment of Antimicrobial Resistance*. Acedido a 13 Janeiro 2019, em: http://www.who.int/drugresistance/WHO_Global_Strategy_English.pdf

World Health Organization (OMS). (2011). *Patient Safety Curriculum Guide Multi- Professional Edition*. Grécia; WHO. ISBN 978 92 4 150195 8. Acedido em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9789241501958_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization (OMS). (2016). *Paediatric emergency triage, assessment and treatment, care of critically ill children*. Geneva: WHO. Acedido em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204463/9789241510219_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organization (OMS). (2018). *Preterm birth*. Acedido a 25 de Janeiro de 2019, em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

Zingg, W., Hopkins, S., Gayet-Ageron, A., Sharland, M., Suetens, C. (2017). *Health-care-associated infections in neonates, children, and adolescents: an analysis of paediatric data from the European Centre for Disease Prevention and Control point-prevalence survey 17*: 381–89. DOI:[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(16\)30517-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(16)30517-5)

ANEXOS

ANEXO A - Certificado de participação no “Curso Básico de Cuidados Paliativos
Pediátricos”, realizado no Hospital São Bernardo – Setúbal.

CERTIFICADO

CERTIFICA-SE QUE:

Cláudia Patricia Machado Jacinto

Participou no
“Curso Básico de Cuidados Paliativos Pediátricos”,
realizado no Hospital São Bernardo - Setúbal,
nos dias 17, 18 e 19 de janeiro 2019,
num total de 24 horas de formação.



P' Direcção



(Dr. Duarte Soares)
Presidente APCP

Data:
19/01/2019

ANEXO B - Parecer da comissão de Ética para a Saúde

*Para Sr.ª chefe
reunir parecer*

*Seu parecer para o
Senhor*

*Para Comissão Ética
reunir parecer*

Exma. Sra. Presidente do Conselho de Administração

*Inde a
Cláudia Jacinto*

Assunto: Pedido de Parecer à Comissão de Ética

Eu, Cláudia Patrícia Machado Jacinto, aluna do 2º curso de Mestrado em Enfermagem em Associação com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, venho por este meio solicitar parecer da comissão que preside, de forma a desenvolver o estudo sobre a temática “Prevenção de IACS – Contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Segurança e Qualidade dos Cuidados”.

Autorizado

11.12.2018

Cláudia Patrícia Machado Jacinto

(Cláudia Patrícia Machado Jacinto)

Évora, 27 de Novembro de 2018

ANEXO C - Certificado de participação no Curso de Suporte Avançado de Vida
Pediátrico

Curso de Suporte Avançado de Vida Pediátrico Europeu

Declara-se para os devidos efeitos que **Cláudia Patrícia Jacinto** participou no Curso de Suporte Avançado de Vida Pediátrico Europeu, organizado pelo Grupo de Reanimação Pediátrica, que decorreu no Instituto Politécnico de Setúbal na Escola Superior de Saúde nos dias 25 e 26 de Janeiro de 2019, com uma carga horária de 18 horas.

Setúbal, 26 de Janeiro de 2019

O Director do Curso



Grupo de Reanimação Pediátrica



European Resuscitation Council



APÊNDICES

APÊNDICE A - Questionário aplicado à Equipa de Enfermagem de UCSP

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), estão diretamente relacionadas com a Resistência Antimicrobiana (RAM) e segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é um problema crescente de Saúde Pública.

A Direção Geral da Saúde (DGS), não sendo indiferente a esta problemática, lançou em 2007 o Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecções associadas aos cuidados de saúde, desenvolvendo uma estratégia multimodal onde estão inseridos os Cuidados de Saúde Primários, agentes principais na educação da comunidade.

O Presente trabalho insere-se no 2º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, pretendendo-se fazer um diagnóstico de situação referente aos conhecimentos dos profissionais relativamente às IACS e da importância que têm no seu controlo.

O questionário está estruturado apenas em respostas de sim e não ou escolha múltipla, estando eu disponível para esclarecer dúvidas relativamente ao seu preenchimento.

Comprometo-me em assegurar que o presente estudo seja sólido do ponto de vista ético e moral, seguindo os princípios da beneficência, do respeito pela dignidade humana e da justiça. A sua participação é voluntária, salvaguardando-se o direito à recusa ou desistência em qualquer momento do estudo.

Comprometo-me a divulgar os resultados do estudo após o seu término.

Agradeço a sua participação.

“Foi-me informada a possibilidade em recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador”.

Assinatura do Participante _____

Idade em anos	Tempo de Serviço em anos	Género	
		Masculino	Feminino
Formação Profissional			
Licenciatura em Enfermagem			
Pós – Graduação		Qual?	
Pós-Licenciatura de Especialização / Especialidade		Qual?	
Mestrado		Qual?	
Doutoramento		Qual?	
2º Parte			
Prevalência das IACS e formação			
		Sim	Não
1. Tem conhecimento dos dados estatísticos nacionais no que respeita à prevalência de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e Resistência Antimicrobiana (RAM)?			
2. Sabe o que é a estratégia multimodal?			
3. Recebeu formação no âmbito do controlo de infeção nos últimos 5 anos?			
4. Recebeu formação no âmbito da importância da educação da comunidade para esta temática?			
5. A taxa de IACS é superior em meio Hospitalar do que nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI)?			
Importância das NOC's			
6. Na sua instituição estão instituídas normas de procedimentos em enfermagem? Se não passe para a pergunta 9			
7. Se sim, elas estão adaptadas à idade pediátrica?			
8. Baseia a sua Prática nessas normas?			
9. Reconhece a importância da existência de normas?			
Circuitos e desinfeção de brinquedos e superfícies			
10. Considera importante a descontaminação de brinquedos e superfícies?			
11. Existe descontaminação dos brinquedos e da sua respetiva sala?			
12. Considera a descontaminação praticada suficiente para prevenir as IACS?			
13. A sala de vacinação é descontaminada após presença de adultos e antes da entrada de crianças?			
14. Considera importante existir um circuito próprio para as crianças?			
15. Existe no Centro de saúde um circuito próprio para as crianças?			
Lavagem das mãos			
16. Higieniza as mãos antes de:			
<ul style="list-style-type: none"> • Contacto com a criança • Preparar material para administração de terapêutica? • Após contacto com a criança? 			
17. No que diz respeito à adesão à lavagem das mãos, selecione com uma cruz a resposta que considera correta:			
<ul style="list-style-type: none"> • A menor taxa de adesão é antes do contacto com o doente • A menor taxa de adesão é antes de um procedimento asséptico • A menor taxa de adesão é após risco de exposição a sangue e fluidos 			

- A menor taxa de adesão é após o contacto com o doente
- A menor taxa de adesão é após contacto com o ambiente envolvente

Obrigada pela colaboração!

Enfermeira Cláudia Jacinto
Professora Margarida Malcata

Questionário elaborado com base nas informações presentes em:

Direção-Geral da saúde [DGS] (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde [PNCI]*. Acedido em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude.aspx>

Direção-Geral da saúde. (2013a). *Precauções Básicas do controlo da Infecção (PBCI)*. Norma nº029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013. Acedido a 03 Janeiro de 2019, em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012.aspx>

Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente*. 9ª edição. Loures: Lusociência. ISBN 978-989-748-004-1.

Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos [PPCIRA] (2017). *Programa Prevenção e Controlo da Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Lisboa: Direção-Geral da saúde. Acedido em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie.aspx>

O'Neill, J. (2014). *Antimicrobial Resistance: Tackling a crisis for the health and wealth of nations*. The Review on Antimicrobial Resistance. Acedido em: https://amr-review.org/sites/default/files/AMR%20Review%20Paper%20-%20Tackling%20a%20crisis%20for%20the%20health%20and%20wealth%20of%20nations_1.pdf

Roque, A., Bugalho, A. & Carneiro, A. V. (2007). *Manual de Elaboração, Disseminação e Implementação de Normas de Orientação Clínica* (1ª Edição). Centro de Estudo de Medicina baseada na evidência. Lisboa: Linha Editorial, Lda. Acedido em: <https://cembe.org/avc/docs/Manual%20de%20NOCs%20CEMBE%202007.pdf>

Siegel, J.D., Rhinehart, E., Jackson, M., Chiarello, L. (2007). *Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Acedido em: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/isolation-guidelines-H.pdf>

APÊNDICE B - Pedido de autorização à UCSP para a realização do questionário

Exma. Coordenadora da UCSP

Dr^a

Assunto: Pedido de autorização para a aplicação de um questionário aos enfermeiros da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Cláudia Patrícia Machado Jacinto, enfermeira e aluna do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação com especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, vem por este meio solicitar a Vossa Excelência, autorização para realizar uma colheita de dados junto da equipa de enfermagem do serviço que dirige, para a realização do relatório de estágio, acerca da temática “Qualidade e Segurança dos Cuidados de Enfermagem - Prevenção da IACS”, sob a orientação da Sr.^a Professora Margarida Malcata. Pretende-se fazer um diagnóstico de situação referente à prevalência das IACS, necessidade formativa e ressaltar a importância dos profissionais no seu controlo.

Comprometo-me em assegurar que o presente estudo seja sólido do ponto de vista ético e moral, seguindo os princípios da beneficência, do respeito pela dignidade humana e da justiça, sendo os dados obtidos para fins académicos, estando assegurada a sua confidencialidade.

A realização do estudo não acarreta quaisquer tipos de encargos para a instituição. Não estão previstos danos e os benefícios da investigação relacionam-se com o aumento do conhecimento da temática em causa.

Comprometo-me a divulgar os resultados do estudo após o seu término.

Grata pela atenção dispensada, solicito deferimento.

A Enfermeira

Cláudia Patrícia Machado Jacinto
(Cláudia Patrícia Machado Jacinto)

Deferido
5/6/18

Ex.ª. Senhora Enfermeira Chefe da UCSP de [REDACTED]

Enfermeira [REDACTED]

Assunto: Pedido de autorização para a aplicação de um questionário aos enfermeiros da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de [REDACTED]

Cláudia Patrícia Machado Jacinto, enfermeira e aluna do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação com especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, vem por este meio solicitar a Vossa Excelência, autorização para realizar uma colheita de dados junto da equipa de enfermagem do serviço que dirige, para a realização do relatório de estágio, acerca da temática “Qualidade e Segurança dos Cuidados de Enfermagem - Prevenção da IACS”, sob a orientação da Sr.ª Professora Margarida Malcata. Pretende-se fazer um diagnóstico de situação referente à prevalência das IACS, necessidade formativa e ressaltar a importância dos profissionais no seu controlo.

Comprometo-me em assegurar que o presente estudo seja sólido do ponto de vista ético e moral, seguindo os princípios da beneficência, do respeito pela dignidade humana e da justiça, sendo os dados obtidos para fins académicos, estando assegurada a sua confidencialidade.

A realização do estudo não acarreta quaisquer tipos de encargos para a instituição. Não estão previstos danos e os benefícios da investigação relacionam-se com o aumento do conhecimento da temática em causa.

Comprometo-me a divulgar os resultados do estudo após o seu término.

Grata pela atenção dispensada, solicito deferimento.

[REDACTED] 29 de Maio de 2018

A Enfermeira

Cláudia Patrícia Machado Jacinto
(Cláudia Patrícia Machado Jacinto)

*Recebido
5/6/2018*
[REDACTED]

APÊNDICE C - Resultado dos questionários: Caracterização da equipa da
Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.

Distribuição da amostra por sexo e idade

Serviço	Amostra	Sexo		Idade					
		Masculino	Feminino	32	33	34	39	42	59
UCSP	N=6	0	6	1	1	1	1	1	1

Distribuição da Amostra pelas Habilitações Literárias

Serviço	Amostra	Habilitações Literárias		
		Pós-Graduação	Curso de Pós-Licenciatura	Mestrado
UCSP	N=6	1	3	1

Distribuição da amostra pelos anos de Experiência Profissional

Serviço	Amostra	Anos de Experiência Profissional			
		10anos	12anos	19anos	30anos
UCSP	N=6	2	1	1	1

APÊNDICE D - Resultados dos questionários: Dados obtidos na Unidade de
Cuidados de Saúde Personalizados.

Prevalência de IACS e Formação

1ª Questão:

Tem conhecimento dos dados estatísticos nacionais no que respeita à prevalência de IACS E RAM?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Sim	1	16,7	16,7	16,7
	Não	5	83,3	83,3	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

2ª Questão:

Sabe o que é a estratégia multimodal?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Sim	3	50,0	50,0	50,0
	Não	3	50,0	50,0	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

3ª Questão:

Recebeu formação no âmbito do controlo de infeção nos últimos 5 anos?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Sim	3	50,0	50,0	50,0
	Não	3	50,0	50,0	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

4º Questão:

Recebeu formação no âmbito da importância da educação da comunidade para esta temática?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Sim	2	33,3	33,3	33,3
	Não	4	66,7	66,7	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

5º Questão:

A taxa de IACS é superior em meio hospitalar do que nas UCCI?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Sim	4	66,7	66,7	66,7
	Abstenção	2	33,3	33,3	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

Importância das NOC'S

6º Questão:

Na instituição estão instituídas normas de procedimentos em enfermagem?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Sim	6	100,0	100,0	100,0

7ª Questão:

Estão adaptadas à idade Pediátrica?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Sim	1	16,7	16,7	16,7
	Não	5	83,3	83,3	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

8ª Questão:

Baseia a sua prática nessas normas?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Sim	4	66,7	66,7	66,7
	Não	2	33,3	33,3	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

9ª Questão:

Reconhece a importância da existência de normas?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Sim	6	100,0	100,0	100,0

Circuitos e desinfeção de brinquedos e superfícies

10ª Questão:

Considera importante a descontaminação de brinquedos e superfícies?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Sim	6	100,0	100,0	100,0

11ª Questão:

Existe descontaminação dos brinquedos e da sua respetiva sala?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Sim	3	50,0	50,0	50,0
	Não	2	33,3	33,3	83,3
	Abstenção	1	16,7	16,7	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

12ª Questão:

Considera a descontaminação praticada suficiente para prevenir IACS?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não	5	83,3	83,3	83,3
	Abstenção	1	16,7	16,7	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

13ª Questão:

A sala de vacinação é descontaminada após presença de adultos e antes da entrada de crianças?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não	6	100,0	100,0	100,0

14ª Questão:

Considera importante existir um circuito próprio para as crianças?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Sim	6	100,0	100,0	100,0

15ª Questão:

Existe no Centro de Saúde um circuito próprio para as crianças?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Sim	1	16,7	16,7	16,7
	Não	5	83,3	83,3	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

Lavagem das Mãos

16ª Questão:

Higieniza às mãos antes de: contacto com a criança					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Sim	6	100,0	100,0	100,0

Higieniza às mãos antes de: preparar material para administração de terapêutica?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Sim	6	100,0	100,0	100,0

Higieniza às mãos antes de: Após contacto com a criança					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Sim	6	100,0	100,0	100,0

17ª Questão:

No que diz respeito à adesão à lavagem das mãos, selecione com uma cruz a resposta que considera correta:					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	A menor taxa de adesão é antes do contacto com o doente	1	16,7	16,7	16,7
	A menor taxa de adesão é após contato com o ambiente envolvente	3	50,0	50,0	66,7
	Todas a opções	1	16,7	16,7	83,3
	o inquirido selecionou a opção 1 e 5	1	16,7	16,7	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

APÊNDICE E - Plano da sessão de formação apresentada na UCSP

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO – UCSP

Tema: Limpeza Nasal para um nariz limpinho e Prevenção de IACS em Pediatria

Grupo: Equipa de Enfermagem da UCSP

Local: UCSP

Data: Junho de 2018

Objetivo geral:

- Potenciar a aquisição de conhecimentos sobre controlo de infeção associada aos cuidados de saúde em pediatria e uniformizar o procedimento de limpeza nasal em idade pediátrica.

Objetivo específico:

- Desenvolver e fundamentar ambos os temas;
- Motivar a equipa de enfermagem para o controlo de infeção;
- Evidenciar os benefícios da correta realização da técnica da Limpeza Nasal
- Esclarecer dúvidas que existam.

	Conteúdos	Métodos	Recursos	Tempo
Introdução	-Apresentação do preletor -Referência ao tema e conteúdos a serem abordados	Expositivo	Suporte informático (Power Point)	5- Minutos
Desenvolvimento	- Apresentação dos objetivos da sessão -Noções sobre limpeza nasal -Uniformização da técnica da limpeza nasal - Apresentação do Panfleto à equipa. -Enquadramento da resistência antimicrobiana e das infeções associadas aos cuidados de saúde - Apresentação e discussão dos resultados do questionário realizado à equipa.	Expositivo Interativo	Suporte informático (Power Point)	30- Minutos

-Apresentação sumária do projeto de estágio			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">- Síntese das principais ideias- Esclarecimento de dúvidas- Avaliação da sessão	Interativo	Diálogo 10- Minutos

APÊNDICE F – Questionário de avaliação da formação apresentada na UCSP

Questionário de Avaliação da Eficácia da Formação

Ação Formativa: Limpeza Nasal para um Nariz Limpinho e Prevenção de IACS em Pediatria

Data de realização: 20 de junho de 2018

Duração: 60min

Nome do Formando: _____

Serviço: UCSP

1. Considera haver possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos?

Sim ____ Não ____

Se a resposta é *Não*, indique o motivo:

2. Assinale com um X se concorda ou discorda com as seguintes afirmações.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo Nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5
A formação foi útil para a sedimentação de conhecimentos na área da RAM e IACS?					
A formação teve eficácia no que respeita à adequação dos conteúdos e possível aplicabilidade na UCSP?					
A formação foi importante para refletir acerca de possíveis melhorias no seu local de trabalho no âmbito do controlo de infeção?					
Adquiri novos conhecimentos no que respeita à técnica da limpeza nasal?					
Considera que a limpeza nasal trás benefícios e pode ser aconselhada por rotina nas situações indicada?					

Comentários:

APÊNDICE G - Síntese dos resultados dos questionários de Avaliação da Sessão
de formação realizada na UCSP

Resultados dos questionários de Avaliação da Sessão de formação realizada na UCSP

Considera haver possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos?	Sim	Não
Resposta dos inquiridos (n=6)	6	0

A formação foi útil para sedimentação de conhecimentos na área da RAM E IACS?	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Resposta dos inquiridos (n=6)				1 (16,67%)	5 (83,33%)

A formação teve eficácia no que respeita à adequação dos conteúdos e possível aplicabilidade na UCSP?	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Resposta dos inquiridos (n=6)					6 (100%)

A formação foi importante para refletir acerca de possíveis melhorias no seu local de trabalho no âmbito do controlo de infeção?	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Resposta dos inquiridos (n=6)					6 (100%)

Adquiri novos conhecimentos no que respeita à técnica da limpeza nasal?	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Resposta dos inquiridos (n=6)					6 (100%)

Considera que a limpeza nasal trás benefícios e pode ser aconselhada por rotina nas situações indicadas?	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Resposta dos inquiridos (n=6)					6 (100%)

APÊNDICE H - Plano da sessão de formação apresentada na UUP

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO – UUP

Tema: Prevenção de IACS em Pediatria – da Necessidade à Dificuldade do Isolamento.

Grupo: Equipa de Enfermagem da UUP

Local: UUP

Data: Outubro de 2018

Objetivo geral:

- Potenciar a aquisição de conhecimentos sobre controlo de infeção associada aos cuidados de saúde em pediatria.

Objetivo específico:

- Desenvolver e fundamentar o tema;
- Motivar a equipa de enfermagem para promover o empowerment dos pais no controlo de infeção;
- Esclarecer dúvidas que existam.

	Conteúdos	Métodos	Recursos	Tempo
Introdução	-Apresentação do preletor -Referência ao tema e conteúdos a serem abordados	Expositivo	Suporte informático (Power Point)	5-Minutos
Desenvolvimento	- Apresentação dos objetivos da sessão -Enquadramento da resistência antimicrobiana e das infeções associadas aos cuidados de saúde - Precauções Dependentes da Via de Transmissão: <ul style="list-style-type: none">• Via aérea;• Gotículas;• Contacto - Controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde em Pediatria - Isolamento em Pediatria - Apresentação do panfleto à equipa.	Expositivo Interativo	Suporte informático (Power Point)	20-Minutos

- Apresentação sumária do projeto de estágio				
Conclusão	- Síntese das principais ideias	Interativo	Diálogo	10- Minutos
	- Esclarecimento de dúvidas			
	- Avaliação da sessão			

APÊNDICE I – Questionário de avaliação da formação apresentada na UUP

Questionário de Avaliação da Eficácia da Formação

Ação Formativa: Prevenção de IACS em Pediatria – da Necessidade à Dificuldade do Isolamento

Data de realização: 12 de Outubro de 2018

Duração: 60min

Nome do Formando: _____

Serviço: Unidade de Urgência Pediátrica

3. Considera haver possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos?

Sim ____ Não ____

Se a resposta é *Não*, indique o motivo:

4. Assinale com um X se concorda ou discorda com as seguintes afirmações.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo Nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5
A formação foi útil para a sedimentação de conhecimentos na área da RAM e IACS?					
A formação foi útil para sedimentação de conhecimentos sobre precauções de isolamento?					
A formação teve eficácia no que respeita à adequação dos conteúdos e aplicabilidade no Serviço de Urgência Pediátrica?					
A formação foi importante para refletir acerca de possíveis melhorias no seu local de trabalho no âmbito do controlo de infeção?					
Adquiri novos conhecimentos no que respeita à RAM E IACS?					

Adquiri novos conhecimentos no que respeita às precauções de isolamento?					
Considera que o panfleto apresentado na formação vai facilitar a informação a fornecer aos pais?					
Após a formação atribui a mesma importância relativamente ao combate à RAM?					

Comentários:

APÊNDICE J - Síntese dos resultados dos questionários de Avaliação da Sessão
de formação realizada na UUP

Ação Formativa: Prevenção de IACS em Pediatria – da necessidade à dificuldade do isolamento

Questão 1.

Considera haver possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos?	Sim	Não
Resposta dos inquiridos (n=8)	8	0

Questão 2.

A formação foi útil para sedimentação de conhecimentos na área da RAM E IACS?	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Resposta dos inquiridos (n=8)					8 (100%)

A formação foi útil para sedimentação de conhecimentos sobre precauções de isolamento?	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Resposta dos inquiridos (n=8)					8 (100%)

A formação teve eficácia no que respeita à adequação dos conteúdos e aplicabilidade na UUP?	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Resposta dos inquiridos (n=8)				2 (25%)	6 (75%)

A formação foi importante para refletir acerca de possíveis melhorias no seu local de trabalho no âmbito do controlo de infeção?	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Resposta dos inquiridos (n=8)					8 (100%)

Adquiri novos conhecimentos no que respeita à RAM e IACS?	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Resposta dos inquiridos (n=8)				1 (12.5%)	7 (87.5%)

Adquirir novos conhecimentos no que respeita às precauções de isolamento?	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Resposta dos inquiridos (n=6)				1 (12.5%)	7 (87.5%)

Considera que o panfleto apresentado na formação vai facilitar a informação a fornecer aos pais?	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Resposta dos inquiridos (n=6)				1 (12.5%)	7 (87.5%)

Após a formação atribui a mesma importância relativamente ao combate à RAM?	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Resposta dos inquiridos (n=6)				2 (25%)	6 (75%)

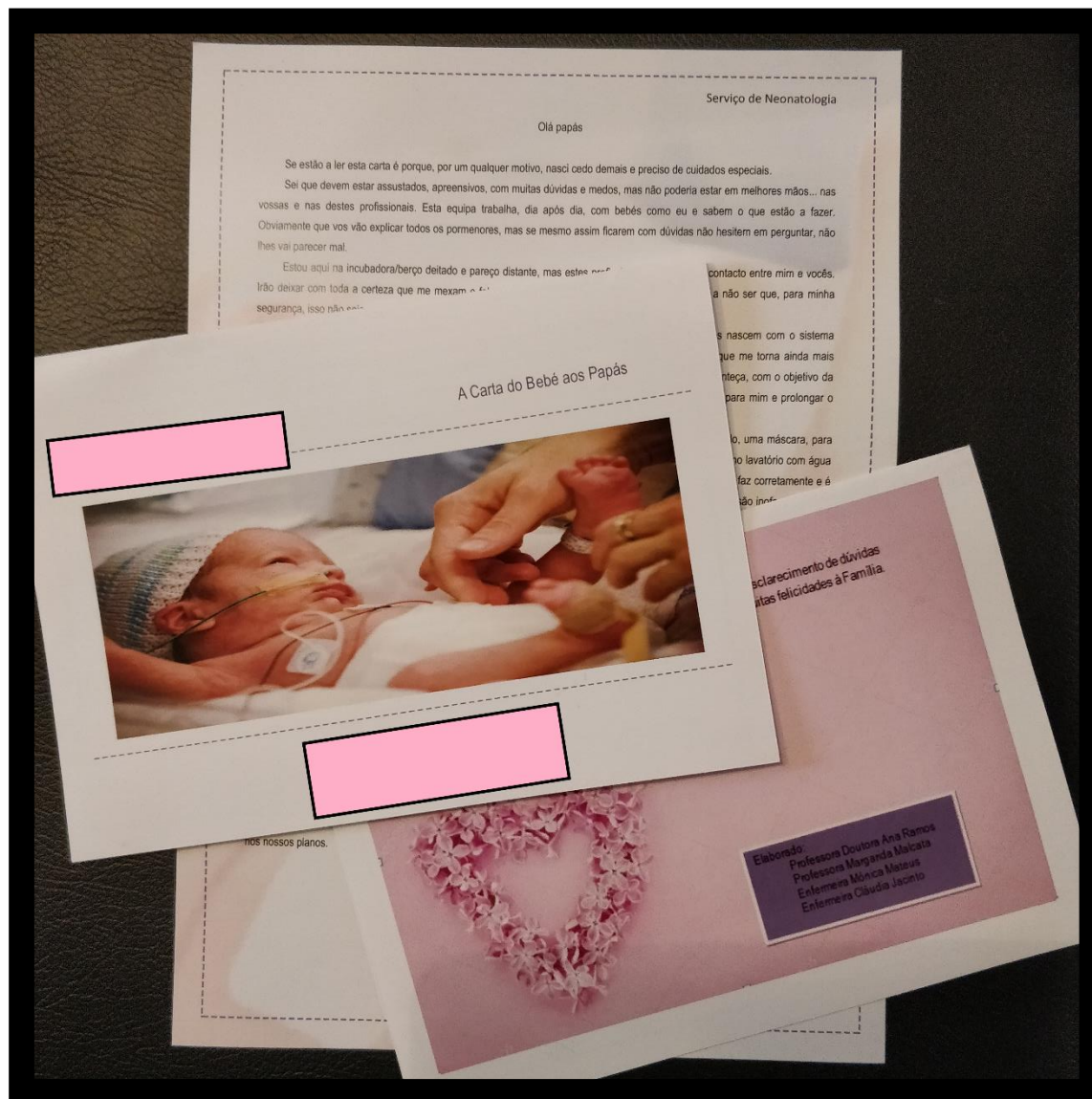
APÊNDICE K – Jogo desenvolvido no Serviço de Internamento de Oncologia
“Estou em Isolamento”

Imagens ilustrativas do trabalho realizado



APÊNDICE L - “A Carta do Bebê aos Papás”

Imagem ilustrativa “ A Carta do Bebê aos Papás”



APÊNDICE M - Artigo de Revisão Integrativa da Literatura - “A necessidade de empowerment dos pais no controlo de infeção”

A NECESSIDADE DE EMPOWERMENT DOS PAIS NO CONTROLO DE INFEÇÃO

RESUMO

Introdução: A Resistência Antimicrobiana [RAM] é um problema real de saúde pública, sendo o controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde [IACS] um elemento chave para o seu combate. Em Pediatria existe um grande acréscimo de dificuldade no controlo de IACS, devido à imaturidade imunológica, maior proximidade dos profissionais e presença constante dos pais. Consequentemente, torna-se fundamental que o enfermeiro assuma um papel preponderante e tenha a capacidade de fomentar uma verdadeira parceria de cuidados. **Objetivo:** Compreender quais as medidas de controlo de infeção adotadas em Pediatria e a importância do *empowerment* dos pais acerca das medidas de controlo de infeção. **Métodos:** Foi realizada uma revisão integrativa da literatura através de duas pesquisas realizadas nos agregadores de bases de dados B-on® e EBSCO®, sendo os artigos selecionados submetidos posteriormente à avaliação de qualidade de acordo com as grelhas de avaliação do Joanna Briggs Institute. **Resultados:** Após a análise dos 13 artigos que serviram de base a este estudo, constatou-se a existência de várias medidas implementadas para controlo de infeção, salientando-se o isolamento/coorte, vigilância e diagnóstico por culturas, educação dos pais, educação dos profissionais, coorte dos profissionais, adoção de dotações seguras e limpeza ambiental. **Conclusão:** Independentemente do contexto e do agente infeccioso as medidas de controlo de infeção adotadas foram similares. Denota-se a educação dos pais e sua inclusão nas medidas de controlo de infeção como elemento diferenciador relativamente aos procedimentos adotados em adultos, o que realça a importância do seu *empowerment*.

Palavras-chaves: Enfermagem Pediátrica; Pais; Controle de Infecção; Precauções de Isolamento; Criança.

APÊNDICE N - Questionário aplicado às Equipa de Enfermagem de um Serviço
de Urgência Pediátrica, Serviço de Internamento de Pediatria e Unidade de
Cuidados Intensivos Neonatais

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação - Especialidade em Saúde
Infantil e Pediatria

Título do estudo:

Prevenção de IACS – Contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediátrica na Segurança e Qualidade dos Cuidados

Questionário para Enfermeiros

Professora Doutora Ana Ramos

Professora Margarida Malcata

Enfermeira Cláudia Jacinto

Évora, Dezembro de 2018

Uma das linhas estratégicas definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o controlo da Resistência Antimicrobiana (RAM) centra-se na aposta do controlo das Infecções associadas aos cuidados de Saúde (IACS).

A Direção Geral da Saúde (DGS), não sendo indiferente a esta problemática e com a consciência de que é um problema crescente de saúde pública, lançou em 2007 o Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecções associada aos cuidados de saúde, desenvolvendo uma estratégia multimodal e abrangente a todos os setores da saúde. Nessa mesma estratégia está inserida a necessidade de isolamento, que em pediatria assume uma maior complexidade, sendo impossível dissociar a criança/jovem da família. É então imperativo dotar os enfermeiros e os pais de conhecimentos acerca desta temática, de forma a proporcionar um efetivo controlo de infeção e ao mesmo tempo uma parceria de cuidados, com vista à existência de uma maior segurança dos mesmos, sendo essa a linha orientadora deste estudo.

Com o presente trabalho, que se insere no 2º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, pretende-se fazer um diagnóstico de situação referente aos conhecimentos dos profissionais relativamente ao isolamento em pediatria, suas dificuldades e estratégias para as ultrapassar, com a noção de que é essencial para o controlo das IACS e consequentemente no crescimento da RAM.

O questionário está estruturado em 3 partes e o seu preenchimento demora aproximadamente 15 minutos, estando disponível para esclarecer dúvidas relativamente ao seu preenchimento através do e-mail: claudiajacinto2998@hotmail.com.

O preenchimento deste questionário deve ser realizado de uma forma totalmente livre e esclarecida, sendo possível retirar as suas dúvidas através do e-mail já supracitado, podendo desistir da participação em qualquer fase do trabalho, sem que por isso exista qualquer prejuízo. Afirmo que não será imputado qualquer custo devido à sua participação, nem existirão riscos associados ao preenchimento do questionário.

Os resultados serão tratados de uma forma agrupada e nunca individualmente, comprometendo-me a divulgá-los após o término do estudo, ficando os mesmos disponíveis para consulta após o relatório ser tornado público, o que possibilita a sua utilização por parte das equipas inquiridas para realização de atividades que considerem pertinentes, uma vez que apenas serão realizadas intervenções no serviço de Neonatologia.

Agradeço a sua participação.

“Foi-me informada a possibilidade em recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador”.

Assinatura do Participante _____

Obrigada!

Cláudia Jacinto

PARTE 1- CARACTERIZAÇÃO DO(A) INQUIRIDO(A)

Idade em anos: 20-30 ☐ 31 a 40 ☐ 41 a 50 ☐ 51 a 60 ☐ + de 60 ☐

Género: Masculino ☐ Feminino ☐

Habilitações Académicas:

Licenciatura ☐ Bacharelato ☐

Pós Graduação? Sim ☐ Não ☐

Designação do curso: _____

Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem? Sim ☐ Não ☐

Qual? _____

Mestrado? Sim ☐ Não ☐

Qual? _____

Doutoramento? Sim ☐ Não ☐

Qual? _____

Anos de serviço: <5 ☐ ≥5<10 ☐ ≥10<15 ☐ ≥15<20 ☐ ≥20<25 ☐ ≥25 ☐

PARTE 2 – IMPORTÂNCIA DO ISOLAMENTO

O isolamento é apenas um pilar de uma estratégia mais abrangente para o controlo da propagação das IACS, dando assim o seu valorizável contributo no combate à RAM. Neste sentido:

2.1- Classifique, consoante o seu nível de preocupação, as seguintes condições e no que diz respeito à taxa de mortalidade potencial futura de cada doença/condição, considerando que **1 é nada preocupado** e **5 é extremamente preocupado**, não repetindo a classificação em nenhuma delas:

Acidentes de Viação	<input type="text"/>
Sarampo	<input type="text"/>
Cancro	<input type="text"/>
Resistência Antimicrobiana	<input type="text"/>
Diabetes	<input type="text"/>

2.2- Considera que seria pertinente existir material de suporte (panfletos, guias...) acerca do isolamento e sua importância para facilitar a transmissão de informação aos pais?

Sim

Não

PARTE 3- ISOLAMENTO EM PEDIATRIA

As Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI) são fundamentais no controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, sendo dada muita importância à higienização das mãos, ao uso correto de equipamentos de proteção individual (EPI) e ao isolamento de doentes consoante a cadeia epidemiológica da infeção. Contudo, podem existir constrangimentos ou dificuldades no cumprimento da sua correta realização/utilização.

3.1- Tendo como base o que foi supracitado, classifique a sua concordância com as seguintes afirmações assinalando com X, sendo que **1 é discordo totalmente** e **5 concordo totalmente**:

	Discordo totalmente 1	Discordo 2	Não concordo Nem discordo 3	Concordo 4	Concordo totalmente 5
Existem espaços físicos adequados ao isolamento no meu serviço					
Não existe SABA para higienizar as mãos antes de entrar no isolamento					
Não existe lavatório para lavar as mãos antes de entrar no isolamento					
Existe SABA para lavar as mãos após contacto e antes de sair do local de isolamento					
Não existe lavatório para lavar as mãos após contacto e antes de sair do local de isolamento					
Existem equipamentos de proteção individual suficientes em todos os turnos					
Os equipamentos de proteção individual de proteção estão longe do local de isolamento					

	Discordo totalmente 1	Discordo 2	Não concordo Nem discordo 3	Concordo 4	Concordo totalmente 5
Não tenho tempo para me estar sempre a equipar face ao volume de tarefas a cumprir					
Existem outras prioridades no meu serviço					
É dada demasiada importância a esta temática quando existem problemas mais graves no serviço					
Em Pediatria a taxa de IACS é baixa e não faz sentido					
Em Pediatria as consequências das IACS são menos graves					
Não sei quais os equipamentos de proteção individual adequados					
Tenho dúvidas acerca da ordem correta da colocação dos equipamentos de proteção individual					
Tenho dúvidas acerca da ordem correta de remoção dos equipamentos de proteção individual					

	Discordo totalmente 1	Discordo 2	Não concordo Nem discordo 3	Concordo 4	Concordo totalmente 5
Só os enfermeiros é que se preocupam com os isolamentos					
Só eu é que me preocupo com os isolamentos					
Tenho dificuldade em realizar procedimentos técnicos com os equipamentos de proteção individual colocado					
As crianças não têm noção do risco e não cumprem o isolamento					
Os pais e as crianças reagem mal ao ficarem isolados					
Em Pediatria há menos infeções cruzadas					
Sinto que o risco para mim é menor por trabalhar com crianças					
Os pais não cumprem as recomendações de isolamento					

	Discordo totalmente 1	Discordo 2	Não concordo Nem discordo 3	Concordo 4	Concordo totalmente 5
As visitas não cumprem as recomendações de isolamento					
Não existem formações deste âmbito na instituição					
Não existem auditorias à técnica de isolamento					
Não tenho conhecimento da taxa de IACS da instituição					
Tenho conhecimento da taxa de IACS dos serviços de Pediatria da instituição					
Não é feita esta discussão no serviço no sentido de melhorar					
A distribuição de crianças por enfermeiro no meu serviço tem em conta a necessidade ou não de isolamento					
Não tenho tempo para pensar nestas temáticas pois existem outros cuidados prioritários e inadiáveis					
Os órgãos de gestão não se empenham na prevenção das IACS					

A dotação da equipa é insuficiente para responder à especificidade de uma criança isolada					
---	--	--	--	--	--

3.2- Importância da capacitação dos pais:

Relativamente aos cuidados necessários para o controlo de infeção, considero que:	Discordo totalmente 1	Discordo 2	Não concordo nem discordo 3	Concordo 4	Concordo totalmente 5
Os pais devem ser um elemento integrante da equipa de cuidados					
A Criança deve ser um elemento integrante da equipa de cuidados					
Os mesmos devem ser explicados no momento da admissão e durante todo o internamento.					
A informação transmitida oralmente aos pais é suficiente					
Complementar a informação oral aos pais com material de suporte é uma medida importante					
Ao capacitar os pais face a esta problemática a minha prestação de cuidados fica facilitada					

	Discordo totalmente 1	Discordo 2	Não concordo Nem discordo 3	Concordo 4	Concordo totalmente 5
Os pais são elementos chave neste processo					
Os pais podem ser elementos chave no cumprimento das medidas de isolamento					
Uma atitude negativa por parte dos profissionais de saúde, relativamente à participação dos pais, pode comprometer a colaboração dos mesmos					

Obrigada pela sua Colaboração!

Questionário elaborado com base nas informações presentes em:

Cardim, M., G., Santos, A. E. V., Nascimento, M. A. L. & Biesbroeck, F. C. C. (2008). *Criança em isolamento hospitalar: Relações e Vivências com a equipe de Enfermagem*. Revista de Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, jan/mar; 16(1):32-8. Acedido em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/5901/1/rev.%20enf.%20uerj%20v16n1a05.pdf>

Casey, A. (1993). *Development and use of the partnership model of nursing care*. In GLASPER, Edward; TUCKER, Ann. "Advances in Child Health Nursing". Oxford: Scutari Press. ISBN1-871364-91-4

Casey, A. (1995). *Partnership nursing: influences on involvement of informal carers*. Journal of Advances Nursing. 22. (1995), p. 1058-1062. Acedido em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x>

Dantes, R., Epton E. F., Dominguez, S. R., Dolan, S., Wang, F., Hurst, A., ... Gould, C.V. (2016). *Investigation of a cluster of Clostridium difficile infections in a pediatric oncology setting*. American Journal of Infection Control 44 138-45. DOI: 10.1016/j.ajic.2015.09.004

Direção-Geral da saúde [DGS] (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde [PNCI]*. Acedido em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude.aspx>

Direção-Geral da saúde. (2013a). *Precauções Básicas do controlo da Infecção (PBCI)*. Norma nº029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013. Acedido a 03 Janeiro de 2019, em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012.aspx>

Dramowski, A., Whitelaw, A. & Cotton, M. F. (2016). *Healthcare-associated infections in children: knowledge, attitudes and practice of paediatric healthcare providers at Tygerberg Hospital, Cape Town*. Paediatrics and International Child Health VOL. 36 NO. 3. DOI: 10.1179/2046905515Y.0000000032

Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente*. 9ª edição. Loures: Lusociência. ISBN 978-989-748-004-1.

Mileski, M., Lee, K., Maung, S., Nelson, D., Palomares, O., Paredes, N. (2018). *Prevention of Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus in Neonatal Intensive Care Units: A Systematic Review*. The ABNF Journal 46-53. Acedido em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=3a088396-02d9-415e-b171-4c07738caa6f%40sdc-v-sessmgr01>

Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos [PPCIRA] (2017). *Programa Prevenção e Controlo da Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Lisboa: Direção-Geral da saúde. Acedido em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie.aspx>

O'Neill, J. (2014). *Antimicrobial Resistance: Tackling a crisis for the health and wealth of nations*. The Review on Antimicrobial Resistance. Acedido em: https://amr-review.org/sites/default/files/AMR%20Review%20Paper%20-%20Tackling%20a%20crisis%20for%20the%20health%20and%20wealth%20of%20nations_1.pdf

Siegel, J.D., Rhinehart, E., Jackson, M., Chiarello, L. (2007). *Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Acedido em: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/isolation-guidelines-H.pdf>

APÊNDICE O - Resultado dos questionários: Caracterização da equipa da Urgência
Pediátrica, Internamento de Pediatria e Unidade de Cuidados Intensivos
Neonatais

Distribuição da amostra por sexo e idade								
Serviço	Amostra	Sexo		Idade				
		Masculino	Feminino	20-30	31-40	41-50	51-60	+60
Urgência Pediátrica	N=8	1	7	2	5	1	0	0
Serviço de Internamento de Pediatria	N=9	0	9	2	2	5	0	0
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos	N=13	0	9	0	11	1	1	0

Distribuição da Amostra pelas Habilitações Literárias				
Serviço	Amostra	Habilitações Literárias		
		Pós-Graduação	Curso de Pós-Licenciatura	Mestrado
Urgência Pediátrica	N=8	3	6	2
Serviço de Internamento de Pediatria	N=9	2	7	0
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	N=13	3	12	2

Distribuição da amostra pelos anos de Experiência Profissional							
Serviço	Amostra	Anos de Experiência Profissional					
		< 5anos	≥5anos <10anos	≥10anos <15anos	≥15anos <20anos	≥20anos >25anos	≥25anos
Urgência Pediátrica	N=8	1	3	3	0	1	0
Serviço de Internamento de Pediatria	N=9	2	2	0	3	2	0
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	N=13	0	2	5	3	2	1

APÊNDICE P - Resultados dos questionários: Dados obtidos após análise conjunta dos três Serviços (Serviço de Urgência Pediátrica, Serviço de Internamento de Pediatria e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais)

	NR. ° de respostas por nível de preocupação no que diz respeito à taxa de mortalidade potencial futura de cada doença/condição				
	1	2	3	4	5
Acidentes de Viação (n=21)	5 (23.8%)	5 (23.8%)	3 (14.9%)	4 (19%)	4 (19%)
Sarampo (n=21)	4 (19%)	10 (47.6%)	3 (14.9%)	2 (9.5%)	2 (9.5%)
Cancro (n=21)	0	2 (9.5%)	6 (28.6%)	6 (28.6%)	7 (33.3%)
Resistência Antimicrobiana (n=21)	2 (9.5%)	0	6 (28.6%)	6 (28.6%)	7 (33.3%)
Diabetes (n=21)	10 (47.6%)	4 (19%)	3 (14.9%)	3 (14.9%)	1 (4,8%)

Considera que seria pertinente existir material de suporte (Panfletos, Guias...) acerca do isolamento e sua importância para facilitar a transmissão de informação aos pais?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Sim	8	100,0	100,0	100,0

Existem espaços físicos adequados ao isolamento no meu serviço					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	7	23,3	23,3	23,3
	Discordo	9	30,0	30,0	53,3
	Não concordo Nem discordo	2	6,7	6,7	60,0
	Concordo	10	33,3	33,3	93,3
	Concordo totalmente	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Não existe SABA para higienizar as mãos antes de entrar no isolamento					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	19	63,3	65,5	65,5
	Discordo	9	30,0	31,0	96,6
	Não concordo Nem discordo	1	3,3	3,4	100,0
	Total	29	96,7	100,0	
Omisso	Sistema	1	3,3		
Total		30	100,0		

Não existe lavatório para lavar as mãos antes de entrar no isolamento					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	8	26,7	27,6	27,6
	Discordo	8	26,7	27,6	55,2
	Não concordo Nem discordo	1	3,3	3,4	58,6
	Concordo	3	10,0	10,3	69,0
	Concordo totalmente	9	30,0	31,0	100,0
	Total	29	96,7	100,0	
Omisso	Sistema	1	3,3		
Total		30	100,0		

Existe SABA para lavar as mãos após contacto e antes de sair do local de isolamento

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	1	3,3	3,4	3,4
	Não concordo Nem discordo	1	3,3	3,4	6,9
	Concordo	10	33,3	34,5	41,4
	Concordo totalmente	17	56,7	58,6	100,0
	Total	29	96,7	100,0	
Omisso	Sistema	1	3,3		
Total		30	100,0		

Não existe lavatório para lavar as mãos após contacto e antes de sair do local de isolamento

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	14	46,7	48,3	48,3
	Discordo	7	23,3	24,1	72,4
	Não concordo Nem discordo	1	3,3	3,4	75,9
	Concordo	5	16,7	17,2	93,1
	Concordo totalmente	2	6,7	6,9	100,0
	Total	29	96,7	100,0	
Omisso	Sistema	1	3,3		
Total		30	100,0		

Existem equipamentos de proteção individual suficientes em todos os turnos

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não concordo Nem discordo	1	3,3	3,3	3,3
	Concordo	16	53,3	53,3	56,7
	Concordo totalmente	13	43,3	43,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Os equipamentos de proteção individual estão longe do local de isolamento					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	12	40,0	41,4	41,4
	Discordo	12	40,0	41,4	82,8
	Não concordo Nem discordo	3	10,0	10,3	93,1
	Concordo	2	6,7	6,9	100,0
	Total	29	96,7	100,0	
Omisso	Sistema	1	3,3		
Total		30	100,0		

Não tenho tempo para me estar sempre a equipar face ao volume de tarefas a cumprir					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	9	30,0	30,0	30,0
	Discordo	14	46,7	46,7	76,7
	Não concordo Nem discordo	4	13,3	13,3	90,0
	Concordo	3	10,0	10,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Existem outras prioridades no meu serviço					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	10	33,3	33,3	33,3
	Discordo	17	56,7	56,7	90,0
	Não concordo Nem discordo	2	6,7	6,7	96,7
	Concordo	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

É dada demasiada importância a esta temática quando existem problemas mais graves no serviço					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	14	46,7	46,7	46,7
	Discordo	14	46,7	46,7	93,3
	Não concordo Nem discordo	1	3,3	3,3	96,7
	Concordo	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Em Pediatria a taxa de IACS é baixa e não faz sentido					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	13	43,3	43,3	43,3
	Discordo	14	46,7	46,7	90,0
	Não concordo Nem discordo	2	6,7	6,7	96,7
	Concordo	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Em Pediatria as consequências das IACS são menos graves					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	20	66,7	66,7	66,7
	Discordo	9	30,0	30,0	96,7
	Não concordo Nem discordo	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Não sei quais os equipamentos de proteção individual adequados					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	18	60,0	60,0	60,0
	Discordo	11	36,7	36,7	96,7
	Concordo	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tenho dúvidas acerca da ordem correta da colocação dos equipamentos de proteção individual					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	13	43,3	43,3	43,3
	Discordo	11	36,7	36,7	80,0
	Concordo	6	20,0	20,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tenho dúvidas acerca da ordem correta de remoção dos equipamentos de proteção individual					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	13	43,3	43,3	43,3
	Discordo	12	40,0	40,0	83,3
	Concordo	5	16,7	16,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Só os enfermeiros é que se preocupam com os isolamentos					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	7	23,3	23,3	23,3
	Discordo	10	33,3	33,3	56,7
	Não concordo Nem discordo	7	23,3	23,3	80,0
	Concordo	5	16,7	16,7	96,7
	Concordo totalmente	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Só eu é que me preocupo com os isolamentos					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	20	66,7	66,7	66,7
	Discordo	9	30,0	30,0	96,7
	Concordo	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tenho dificuldade em realizar procedimentos técnicos com os equipamentos de proteção individual colocados					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	5	16,7	16,7	16,7
	Discordo	18	60,0	60,0	76,7
	Não concordo Nem discordo	1	3,3	3,3	80,0
	Concordo	6	20,0	20,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

As crianças não têm noção do risco e não cumprem o isolamento					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	1	3,3	3,3	3,3
	Discordo	4	13,3	13,3	16,7
	Não concordo Nem discordo	13	43,3	43,3	60,0
	Concordo	10	33,3	33,3	93,3
	Concordo totalmente	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Os pais e as crianças reagem mal ao ficarem isolados					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	2	6,7	6,7	6,7
	Discordo	8	26,7	26,7	33,3
	Não concordo Nem discordo	10	33,3	33,3	66,7
	Concordo	9	30,0	30,0	96,7
	Concordo totalmente	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Em pediatria há menos infeções cruzadas					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	12	40,0	40,0	40,0
	Discordo	15	50,0	50,0	90,0
	Não concordo Nem discordo	2	6,7	6,7	96,7
	Concordo	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Sinto que o risco para mim é menor por trabalhar com crianças					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	16	53,3	53,3	53,3
	Discordo	12	40,0	40,0	93,3
	Não concordo Nem discordo	1	3,3	3,3	96,7
	Concordo	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Os pais não cumprem as recomendações de isolamento					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo	14	46,7	46,7	46,7
	Não concordo Nem discordo	7	23,3	23,3	70,0
	Concordo	9	30,0	30,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

As visitas não cumprem as recomendações de isolamento					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo	11	36,7	36,7	36,7
	Não concordo Nem discordo	6	20,0	20,0	56,7
	Concordo	12	40,0	40,0	96,7
	Concordo totalmente	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Não existem formações deste âmbito na instituição					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	6	20,0	20,0	20,0
	Discordo	14	46,7	46,7	66,7
	Não concordo Nem discordo	2	6,7	6,7	73,3
	Concordo	8	26,7	26,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Não existem auditorias à técnica de isolamento					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	7	23,3	24,1	24,1
	Discordo	6	20,0	20,7	44,8
	Não concordo Nem discordo	7	23,3	24,1	69,0
	Concordo	9	30,0	31,0	100,0
	Total	29	96,7	100,0	
Omisso	Sistema	1	3,3		
Total		30	100,0		

Não tenho conhecimento da taxa de IACS da instituição					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	3	10,0	10,0	10,0
	Discordo	7	23,3	23,3	33,3
	Não concordo Nem discordo	3	10,0	10,0	43,3
	Concordo	16	53,3	53,3	96,7
	Concordo totalmente	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tenho conhecimento da taxa IACS dos serviços de Pediatria da Instituição					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	1	3,3	3,3	3,3
	Discordo	15	50,0	50,0	53,3
	Não concordo Nem discordo	4	13,3	13,3	66,7
	Concordo	9	30,0	30,0	96,7
	Concordo totalmente	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Não é feita esta discussão no serviço no sentido de melhorar					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	8	26,7	26,7	26,7
	Discordo	9	30,0	30,0	56,7
	Não concordo Nem discordo	5	16,7	16,7	73,3
	Concordo	8	26,7	26,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

A distribuição de crianças por enfermeiros no meu serviço tem em conta a necessidade ou não de isolamento					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	3	10,0	10,0	10,0
	Discordo	7	23,3	23,3	33,3
	Não concordo Nem discordo	5	16,7	16,7	50,0
	Concordo	12	40,0	40,0	90,0
	Concordo totalmente	3	10,0	10,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Não tenho tempo para pensar nestas temáticas pois existem outros cuidados prioritários e inadiáveis					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	11	36,7	36,7	36,7
	Discordo	16	53,3	53,3	90,0
	Não concordo Nem discordo	3	10,0	10,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Os órgãos de gestão não se empenham na prevenção das IACS					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	3	10,0	10,0	10,0
	Discordo	9	30,0	30,0	40,0
	Não concordo Nem discordo	15	50,0	50,0	90,0
	Concordo	3	10,0	10,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

A dotação de equipa é insuficiente para responder à especificidade de uma criança isolada					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	2	6,7	6,7	6,7
	Discordo	7	23,3	23,3	30,0
	Não concordo Nem discordo	7	23,3	23,3	53,3
	Concordo	6	20,0	20,0	73,3
	Concordo totalmente	8	26,7	26,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Os pais devem ser um elemento integrante da equipa de cuidados					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Concordo	8	26,7	26,7	26,7
	Concordo totalmente	22	73,3	73,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

A criança deve ser um elemento integrante da equipa de cuidados					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não concordo Nem discordo	3	10,0	10,0	10,0
	Concordo	11	36,7	36,7	46,7
	Concordo totalmente	16	53,3	53,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Os mesmos devem ser explicados no momento da admissão e durante todo o internamento					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Concordo	10	33,3	33,3	33,3
	Concordo totalmente	20	66,7	66,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

A informação transmitida oralmente aos pais é suficiente					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	5	16,7	16,7	16,7
	Discordo	19	63,3	63,3	80,0
	Não concordo Nem discordo	3	10,0	10,0	90,0
	Concordo	3	10,0	10,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Complementar a informação oral aos pais com material de suporte é uma medida importante

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	1	3,3	3,3	3,3
	Concordo	18	60,0	60,0	63,3
	Concordo totalmente	11	36,7	36,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Ao capacitar os pais face a esta problemática a minha prestação de cuidados fica facilitada

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	1	3,3	3,3	3,3
	Discordo	4	13,3	13,3	16,7
	Não concordo Nem discordo	3	10,0	10,0	26,7
	Concordo	16	53,3	53,3	80,0
	Concordo totalmente	6	20,0	20,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Os pais são elementos chave neste processo

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não concordo Nem discordo	1	3,3	3,3	3,3
	Concordo	13	43,3	43,3	46,7
	Concordo totalmente	16	53,3	53,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Os pais podem ser elementos chave no cumprimento das medidas de isolamento

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Concordo	16	53,3	53,3	53,3
	Concordo totalmente	14	46,7	46,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Uma atitude negativa por parte dos profissionais de saúde, relativamente à participação dos pais, pode comprometer a colaboração dos mesmos					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não concordo Nem discordo	2	6,7	6,7	6,7
	Concordo	16	53,3	53,3	60,0
	Concordo totalmente	12	40,0	40,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

APÊNDICE Q - Resultados dos questionários: Dados obtidos no Serviço de
Urgência Pediátrica, Internamento de Pediatria e Unidade de Cuidados Intensivos
Neonatais

SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

	NR. ° de respostas por nível de preocupação no que diz respeito à taxa de mortalidade potencial futura de cada doença/condição				
	1	2	3	4	5
Acidentes de Viação (n=6)	0	2 (33.3%)	0	2 (33.3%)	2 (33.3%)
Sarampo (n=6)	0	4 (66.6%)	1 (16.6%)	0	1 (16.6%)
Cancro (n=6)	0	0	1 (16.6%)	3	2 (33.3%)
Resistência Antimicrobiana (n=6)	1 (16.6%)	0	3 (50%)	1 (16.6%)	1 (16.6%)
Diabetes (n=6)	5 (83.3%)	0	1 (16.6%)	0	0

Considera que seria pertinente existir material de suporte (Panfletos, Guias...) acerca do isolamento e sua importância para facilitar a transmissão de informação aos pais?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Sim	8	100,0	100,0	100,0

Existem espaços físicos adequados ao isolamento no meu serviço					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	5	62,5	62,5	62,5
	Discordo	2	25,0	25,0	87,5
	Concordo totalmente	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Não existe SABA para higienizar as mãos antes de entrar no isolamento					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	3	37,5	42,9	42,9
	Discordo	3	37,5	42,9	85,7
	Não concordo Nem discordo	1	12,5	14,3	100,0
	Total	7	87,5	100,0	
Omisso	Sistema	1	12,5		
Total		8	100,0		

Não existe lavatório para lavar as mãos antes de entrar no isolamento					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	1	12,5	14,3	14,3
	Discordo	2	25,0	28,6	42,9
	Não concordo Nem discordo	1	12,5	14,3	57,1
	Concordo	2	25,0	28,6	85,7
	Concordo totalmente	1	12,5	14,3	100,0
	Total	7	87,5	100,0	
Omisso	Sistema	1	12,5		
Total		8	100,0		

Existe SABA para lavar as mãos após contacto e antes de sair do local de isolamento					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não concordo Nem discordo	1	12,5	14,3	14,3
	Concordo	4	50,0	57,1	71,4
	Concordo totalmente	2	25,0	28,6	100,0
	Total	7	87,5	100,0	
Omisso	Sistema	1	12,5		
Total		8	100,0		

Não existe lavatório para lavar as mãos após contacto e antes de sair do local de isolamento					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	2	25,0	28,6	28,6
	Discordo	2	25,0	28,6	57,1
	Não concordo Nem discordo	1	12,5	14,3	71,4
	Concordo	2	25,0	28,6	100,0
	Total	7	87,5	100,0	
Omisso	Sistema	1	12,5		
Total		8	100,0		

Existem equipamentos de proteção individual suficientes em todos os turnos					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Concordo	5	62,5	62,5	62,5
	Concordo totalmente	3	37,5	37,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Os equipamentos de proteção individual estão longe do local de isolamento					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	1	12,5	14,3	14,3
	Discordo	2	25,0	28,6	42,9
	Não concordo Nem discordo	3	37,5	42,9	85,7
	Concordo	1	12,5	14,3	100,0
	Total	7	87,5	100,0	
Omisso	Sistema	1	12,5		
Total		8	100,0		

Não tenho tempo para me estar sempre a equipar face ao volume de tarefas a cumprir					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo	5	62,5	62,5	62,5
	Não concordo Nem discordo	1	12,5	12,5	75,0
	Concordo	2	25,0	25,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Existem outras prioridades no meu serviço					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo	6	75,0	75,0	75,0
	Não concordo Nem discordo	1	12,5	12,5	87,5
	Concordo	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

É dada demasiada importância a esta temática quando existem problemas mais graves no serviço					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo	8	100,0	100,0	100,0

Em Pediatria a taxa de IACS é baixa e não faz sentido					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	1	12,5	12,5	12,5
	Discordo	6	75,0	75,0	87,5
	Não concordo Nem discordo	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Em Pediatria as consequências das IACS são menos graves					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	1	12,5	12,5	12,5
	Discordo	6	75,0	75,0	87,5
	Não concordo Nem discordo	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Não sei quais os equipamentos de proteção individual adequados					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	4	50,0	50,0	50,0
	Discordo	4	50,0	50,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Tenho dúvidas acerca da ordem correta da colocação dos equipamentos de proteção individual

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	3	37,5	37,5	37,5
	Discordo	3	37,5	37,5	75,0
	Concordo	2	25,0	25,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Tenho dúvidas acerca da ordem correta de remoção dos equipamentos de proteção individual

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	3	37,5	37,5	37,5
	Discordo	3	37,5	37,5	75,0
	Concordo	2	25,0	25,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Só os enfermeiros é que se preocupam com os isolamentos

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo	3	37,5	37,5	37,5
	Não concordo Nem discordo	3	37,5	37,5	75,0
	Concordo	1	12,5	12,5	87,5
	Concordo totalmente	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Só eu é que me preocupo com os isolamentos

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	3	37,5	37,5	37,5
	Discordo	5	62,5	62,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Tenho dificuldade em realizar procedimentos técnicos com os equipamentos de proteção individual colocados					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	1	12,5	12,5	12,5
	Discordo	4	50,0	50,0	62,5
	Não concordo Nem discordo	1	12,5	12,5	75,0
	Concordo	2	25,0	25,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

As crianças não têm noção do risco e não cumprem o isolamento					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo	2	25,0	25,0	25,0
	Não concordo Nem discordo	3	37,5	37,5	62,5
	Concordo	2	25,0	25,0	87,5
	Concordo totalmente	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Os pais e as crianças reagem mal ao ficarem isolados					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo	3	37,5	37,5	37,5
	Não concordo Nem discordo	5	62,5	62,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Em pediatria há menos infeções cruzadas					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	1	12,5	12,5	12,5
	Discordo	6	75,0	75,0	87,5
	Não concordo Nem discordo	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Sinto que o risco para mim é menor por trabalhar com crianças					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	2	25,0	25,0	25,0
	Discordo	6	75,0	75,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Os pais não cumprem as recomendações de isolamento					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo	4	50,0	50,0	50,0
	Não concordo Nem discordo	1	12,5	12,5	62,5
	Concordo	3	37,5	37,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

As visitas não cumprem as recomendações de isolamento					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo	2	25,0	25,0	25,0
	Não concordo Nem discordo	2	25,0	25,0	50,0
	Concordo	4	50,0	50,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Não existem formações deste âmbito na instituição					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo	3	37,5	37,5	37,5
	Concordo	5	62,5	62,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Não existem auditorias à técnica de isolamento					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo	2	25,0	28,6	28,6
	Não concordo Nem discordo	1	12,5	14,3	42,9
	Concordo	4	50,0	57,1	100,0
	Total	7	87,5	100,0	
Omisso	Sistema	1	12,5		
Total		8	100,0		

Não tenho conhecimento da taxa de IACS da instituição					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo	1	12,5	12,5	12,5
	Concordo	7	87,5	87,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Tenho conhecimento da taxa IACS dos serviços de Pediatria da Instituição					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo	7	87,5	87,5	87,5
	Concordo	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Não é feita esta discussão no serviço no sentido de melhorar					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo	1	12,5	12,5	12,5
	Não concordo Nem discordo	3	37,5	37,5	50,0
	Concordo	4	50,0	50,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

A distribuição de crianças por enfermeiros no meu serviço tem em conta a necessidade ou não de isolamento					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	3	37,5	37,5	37,5
	Discordo	2	25,0	25,0	62,5
	Não concordo Nem discordo	3	37,5	37,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Não tenho tempo para pensar nestas temáticas pois existem outros cuidados prioritários e inadiáveis					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo	7	87,5	87,5	87,5
	Não concordo Nem discordo	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Os órgãos de gestão não se empenham na prevenção das IACS					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo	1	12,5	12,5	12,5
	Não concordo Nem discordo	5	62,5	62,5	75,0
	Concordo	2	25,0	25,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

A dotação de equipa é insuficiente para responder à especificidade de uma criança isolada					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo	2	25,0	25,0	25,0
	Concordo	3	37,5	37,5	62,5
	Concordo totalmente	3	37,5	37,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Os pais devem ser um elemento integrante da equipa de cuidados					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Concordo	3	37,5	37,5	37,5
	Concordo totalmente	5	62,5	62,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

A criança deve ser um elemento integrante da equipa de cuidados					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Concordo	3	37,5	37,5	37,5
	Concordo totalmente	5	62,5	62,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Os mesmos devem ser explicados no momento da admissão e durante todo o internamento					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Concordo	3	37,5	37,5	37,5
	Concordo totalmente	5	62,5	62,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

A informação transmitida oralmente aos pais é suficiente					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	2	25,0	25,0	25,0
	Discordo	6	75,0	75,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Complementar a informação oral aos pais com material de suporte é uma medida importante

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Concordo	7	87,5	87,5	87,5
	Concordo totalmente	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Ao capacitar os pais face a esta problemática a minha prestação de cuidados fica facilitada

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo	1	12,5	12,5	12,5
	Não concordo Nem discordo	1	12,5	12,5	25,0
	Concordo	5	62,5	62,5	87,5
	Concordo totalmente	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Os pais são elementos chave neste processo

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Concordo	4	50,0	50,0	50,0
	Concordo totalmente	4	50,0	50,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Os pais podem ser elementos chave no cumprimento das medidas de isolamento

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Concordo	4	50,0	50,0	50,0
	Concordo totalmente	4	50,0	50,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Uma atitude negativa por parte dos profissionais de saúde, relativamente à participação dos pais, pode comprometer a colaboração dos mesmos					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não concordo Nem discordo	1	12,5	12,5	12,5
	Concordo	5	62,5	62,5	75,0
	Concordo totalmente	2	25,0	25,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

	NR. ° de respostas por nível de preocupação no que diz respeito à taxa de mortalidade potencial futura de cada doença/condição				
	1	2	3	4	5
Acidentes de Viação (n=6)	2 (33.3%)	2 (33.3%)	0	1 (16.6%)	1 (16.6%)
Sarampo (n=6)	1 (16.6%)	1 (16.6%)	2 (33.3%)	1 (16.6%)	1 (16.6%)
Cancro (n=6)	0	2 (33.3%)	2 (33.3%)	2 (33.3%)	0
Resistência Antimicrobiana (n=6)	1 (16.6%)	0	1 (16.6%)	1 (16.6%)	3 (50%)
Diabetes (n=6)	2 (33.3%)	1 (16.6%)	1 (16.6%)	1 (16.6%)	1 (16.6%)

Considera que seria pertinente existir material de suporte (Panfletos, Guias...) acerca do isolamento e sua importância para facilitar a transmissão de informação aos pais?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Sim	9	100,0	100,0	100,0

Existem espaços físicos adequados ao isolamento no meu serviço					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	1	11,1	11,1	11,1
	Discordo	2	22,2	22,2	33,3
	Não concordo Nem discordo	1	11,1	11,1	44,4
	Concordo	4	44,4	44,4	88,9
	Concordo totalmente	1	11,1	11,1	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Não existe SABA para higienizar as mãos antes de entrar no isolamento					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	7	77,8	77,8	77,8
	Discordo	2	22,2	22,2	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Não existe lavatório para lavar as mãos antes de entrar no isolamento					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Concordo	1	11,1	11,1	11,1
	Concordo totalmente	8	88,9	88,9	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Existe SABA para lavar as mãos após contacto e antes de sair do local de isolamento					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Concordo	1	11,1	11,1	11,1
	Concordo totalmente	8	88,9	88,9	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Não existe lavatório para lavar as mãos após contacto e antes de sair do local de isolamento					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	6	66,7	66,7	66,7
	Discordo	2	22,2	22,2	88,9
	Concordo totalmente	1	11,1	11,1	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Existem equipamentos de proteção individual suficientes em todos os turnos					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não concordo Nem discordo	1	11,1	11,1	11,1
	Concordo	3	33,3	33,3	44,4
	Concordo totalmente	5	55,6	55,6	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Os equipamentos de proteção individual estão longe do local de isolamento					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	5	55,6	55,6	55,6
	Discordo	3	33,3	33,3	88,9
	Concordo	1	11,1	11,1	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Não tenho tempo para me estar sempre a equipar face ao volume de tarefas a cumprir					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	6	66,7	66,7	66,7
	Discordo	1	11,1	11,1	77,8
	Não concordo Nem discordo	1	11,1	11,1	88,9
	Concordo	1	11,1	11,1	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Existem outras prioridades no meu serviço					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	5	55,6	55,6	55,6
	Discordo	3	33,3	33,3	88,9
	Não concordo Nem discordo	1	11,1	11,1	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

É dada demasiada importância a esta temática quando existem problemas mais graves no serviço

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	6	66,7	66,7	66,7
	Discordo	2	22,2	22,2	88,9
	Não concordo Nem discordo	1	11,1	11,1	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Em Pediatria a taxa de IACS é baixa e não faz sentido

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	3	33,3	33,3	33,3
	Discordo	4	44,4	44,4	77,8
	Não concordo Nem discordo	1	11,1	11,1	88,9
	Concordo	1	11,1	11,1	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Em Pediatria as consequências das IACS são menos graves

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	8	88,9	88,9	88,9
	Discordo	1	11,1	11,1	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Não sei quais os equipamentos de proteção individual adequados

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	6	66,7	66,7	66,7
	Discordo	2	22,2	22,2	88,9
	Concordo	1	11,1	11,1	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Tenho dúvidas acerca da ordem correta da colocação dos equipamentos de proteção individual					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	3	33,3	33,3	33,3
	Discordo	2	22,2	22,2	55,6
	Concordo	4	44,4	44,4	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Tenho dúvidas acerca da ordem correta de remoção dos equipamentos de proteção individual					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	3	33,3	33,3	33,3
	Discordo	3	33,3	33,3	66,7
	Concordo	3	33,3	33,3	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Só os enfermeiros é que se preocupam com os isolamentos					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	4	44,4	44,4	44,4
	Discordo	4	44,4	44,4	88,9
	Não concordo Nem discordo	1	11,1	11,1	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Só eu é que me preocupo com os isolamentos					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	6	66,7	66,7	66,7
	Discordo	2	22,2	22,2	88,9
	Concordo	1	11,1	11,1	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Tenho dificuldade em realizar procedimentos técnicos com os equipamentos de proteção individual colocados					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	2	22,2	22,2	22,2
	Discordo	5	55,6	55,6	77,8
	Concordo	2	22,2	22,2	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

As crianças não têm noção do risco e não cumprem o isolamento					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	1	11,1	11,1	11,1
	Não concordo Nem discordo	4	44,4	44,4	55,6
	Concordo	3	33,3	33,3	88,9
	Concordo totalmente	1	11,1	11,1	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Os pais e as crianças reagem mal ao ficarem isolados					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	1	11,1	11,1	11,1
	Discordo	2	22,2	22,2	33,3
	Não concordo Nem discordo	3	33,3	33,3	66,7
	Concordo	3	33,3	33,3	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Em pediatria há menos infeções cruzadas					
		Frequência	percentagem	percentagem válida	percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	3	33,3	33,3	33,3
	Discordo	4	44,4	44,4	77,8
	Não concordo Nem discordo	1	11,1	11,1	88,9
	Concordo	1	11,1	11,1	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Sinto que o risco para mim é menor por trabalhar com crianças					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	5	55,6	55,6	55,6
	Discordo	3	33,3	33,3	88,9
	Concordo	1	11,1	11,1	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Os pais não cumprem as recomendações de isolamento					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo	3	33,3	33,3	33,3
	Não concordo Nem discordo	4	44,4	44,4	77,8
	Concordo	2	22,2	22,2	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

As visitas não cumprem as recomendações de isolamento					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo	3	33,3	33,3	33,3
	Não concordo Nem discordo	3	33,3	33,3	66,7
	Concordo	3	33,3	33,3	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Não existem formações deste âmbito na instituição					
		Frequência	percentagem	percentagem válida	percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	2	22,2	22,2	22,2
	Discordo	4	44,4	44,4	66,7
	Não concordo Nem discordo	1	11,1	11,1	77,8
	Concordo	2	22,2	22,2	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Não existem auditorias à técnica de isolamento					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	2	22,2	22,2	22,2
	Não concordo Nem discordo	3	33,3	33,3	55,6
	Concordo	4	44,4	44,4	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Não tenho conhecimento da taxa de IACS da instituição					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	2	22,2	22,2	22,2
	Não concordo Nem discordo	1	11,1	11,1	33,3
	Concordo	5	55,6	55,6	88,9
	Concordo totalmente	1	11,1	11,1	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Tenho conhecimento da taxa IACS dos serviços de Pediatria da Instituição					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	1	11,1	11,1	11,1
	Discordo	4	44,4	44,4	55,6
	Não concordo Nem discordo	2	22,2	22,2	77,8
	Concordo	2	22,2	22,2	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Não é feita esta discussão no serviço no sentido de melhorar					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	3	33,3	33,3	33,3
	Discordo	1	11,1	11,1	44,4
	Não concordo Nem discordo	2	22,2	22,2	66,7
	Concordo	3	33,3	33,3	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

A distribuição de crianças por enfermeiros no meu serviço tem em conta a necessidade ou não de isolamento					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo	3	33,3	33,3	33,3
	Não concordo Nem discordo	1	11,1	11,1	44,4
	Concordo	4	44,4	44,4	88,9
	Concordo totalmente	1	11,1	11,1	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Não tenho tempo para pensar nestas temáticas pois existem outros cuidados prioritários e inadiáveis

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	4	44,4	44,4	44,4
	Discordo	3	33,3	33,3	77,8
	Não concordo Nem discordo	2	22,2	22,2	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Os órgãos de gestão não se empenham na prevenção das IACS

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	2	22,2	22,2	22,2
	Discordo	3	33,3	33,3	55,6
	Não concordo Nem discordo	3	33,3	33,3	88,9
	Concordo	1	11,1	11,1	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

A dotação de equipa é insuficiente para responder à especificidade de uma criança isolada

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	1	11,1	11,1	11,1
	Discordo	2	22,2	22,2	33,3
	Não concordo Nem discordo	3	33,3	33,3	66,7
	Concordo totalmente	3	33,3	33,3	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Os pais devem ser um elemento integrante da equipa de cuidados					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Concordo	4	44,4	44,4	44,4
	Concordo totalmente	5	55,6	55,6	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

A criança deve ser um elemento integrante da equipa de cuidados					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Concordo	5	55,6	55,6	55,6
	Concordo totalmente	4	44,4	44,4	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Os mesmos devem ser explicados no momento da admissão e durante todo o internamento					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Concordo	4	44,4	44,4	44,4
	Concordo totalmente	5	55,6	55,6	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

A informação transmitida oralmente aos pais é suficiente					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo	4	44,4	44,4	44,4
	Não concordo Nem discordo	2	22,2	22,2	66,7
	Concordo	3	33,3	33,3	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Complementar a informação oral aos pais com material de suporte é uma medida importante

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Concordo	5	55,6	55,6	55,6
	Concordo totalmente	4	44,4	44,4	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Ao capacitar os pais face a esta problemática a minha prestação de cuidados fica facilitada

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo	1	11,1	11,1	11,1
	Não concordo Nem discordo	1	11,1	11,1	22,2
	Concordo	5	55,6	55,6	77,8
	Concordo totalmente	2	22,2	22,2	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Os pais são elementos chave neste processo

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não concordo Nem discordo	1	11,1	11,1	11,1
	Concordo	4	44,4	44,4	55,6
	Concordo totalmente	4	44,4	44,4	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Os pais podem ser elementos chave no cumprimento das medidas de isolamento

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Concordo	5	55,6	55,6	55,6
	Concordo totalmente	4	44,4	44,4	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Uma atitude negativa por parte dos profissionais de saúde, relativamente à participação dos pais, pode comprometer a colaboração dos mesmos					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não concordo Nem discordo	1	11,1	11,1	11,1
	Concordo	5	55,6	55,6	66,7
	Concordo totalmente	3	33,3	33,3	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

	NR. ° de respostas por nível de preocupação no que diz respeito à taxa de mortalidade potencial futura de cada doença/condição				
	1	2	3	4	5
Acidentes de Viação (n=9)	3 (33.3%)	1 (11.1%)	3 (33.3%)	1 (11.1%)	1 (11.1%)
Sarampo (n=9)	3 (33.3%)	5 (55.6%)	0	1 (11.1%)	0
Cancro (n=9)	0	0	3 (33.3%)	1 (11.1%)	5 (55.6%)
Resistência Antimicrobiana (n=9)	0	0	2 (22.2%)	4 (44.4%)	3 (33.3%)
Diabetes (n=9)	3 (33.3%)	3 (33.3%)	1 (11.1%)	2 (22.2%)	0

Considera que seria pertinente existir material de suporte (Panfletos, Guias...) acerca do isolamento e sua importância para facilitar a transmissão de informação aos pais?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Sim	13	100,0	100,0	100,0

Existem espaços físicos adequados ao isolamento no meu serviço					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	1	7,7	7,7	7,7
	Discordo	5	38,5	38,5	46,2
	Não concordo Nem discordo	1	7,7	7,7	53,8
	Concordo	6	46,2	46,2	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Não existe SABA para higienizar as mãos antes de entrar no isolamento					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	9	69,2	69,2	69,2
	Discordo	4	30,8	30,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Não existe lavatório para lavar as mãos antes de entrar no isolamento					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	7	53,8	53,8	53,8
	Discordo	6	46,2	46,2	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Existe SABA para lavar as mãos após contacto e antes de sair do local de isolamento					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	1	7,7	7,7	7,7
	Concordo	5	38,5	38,5	46,2
	Concordo totalmente	7	53,8	53,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Não existe lavatório para lavar as mãos após contacto e antes de sair do local de isolamento					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	6	46,2	46,2	46,2
	Discordo	3	23,1	23,1	69,2
	Concordo	3	23,1	23,1	92,3
	Concordo totalmente	1	7,7	7,7	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Existem equipamentos de proteção individual suficientes em todos os turnos					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Concordo	8	61,5	61,5	61,5
	Concordo totalmente	5	38,5	38,5	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Os equipamentos de proteção individual estão longe do local de isolamento					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	6	46,2	46,2	46,2
	Discordo	7	53,8	53,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Não tenho tempo para me estar sempre a equipar face ao volume de tarefas a cumprir					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	3	23,1	23,1	23,1
	Discordo	8	61,5	61,5	84,6
	Não concordo Nem discordo	2	15,4	15,4	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Existem outras prioridades no meu serviço					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	5	38,5	38,5	38,5
	Discordo	8	61,5	61,5	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

É dada demasiada importância a esta temática quando existem problemas mais graves no serviço					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	8	61,5	61,5	61,5
	Discordo	4	30,8	30,8	92,3
	Concordo	1	7,7	7,7	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Em Pediatria a taxa de IACS é baixa e não faz sentido					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	9	69,2	69,2	69,2
	Discordo	4	30,8	30,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Em Pediatria as consequências das IACS são menos graves					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	11	84,6	84,6	84,6
	Discordo	2	15,4	15,4	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Não sei quais os equipamentos de proteção individual adequados					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	8	61,5	61,5	61,5
	Discordo	5	38,5	38,5	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Tenho dúvidas acerca da ordem correta da colocação dos equipamentos de proteção individual					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	7	53,8	53,8	53,8
	Discordo	6	46,2	46,2	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Tenho dúvidas acerca da ordem correta de remoção dos equipamentos de proteção individual					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	7	53,8	53,8	53,8
	Discordo	6	46,2	46,2	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Só os enfermeiros é que se preocupam com os isolamentos					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	3	23,1	23,1	23,1
	Discordo	3	23,1	23,1	46,2
	Não concordo Nem discordo	3	23,1	23,1	69,2
	Concordo	4	30,8	30,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Só eu é que me preocupo com os isolamentos					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	11	84,6	84,6	84,6
	Discordo	2	15,4	15,4	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Tenho dificuldade em realizar procedimentos técnicos com os equipamentos de proteção individual colocados					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	2	15,4	15,4	15,4
	Discordo	9	69,2	69,2	84,6
	Concordo	2	15,4	15,4	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

As crianças não têm noção do risco e não cumprem o isolamento					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo	2	15,4	15,4	15,4
	Não concordo Nem discordo	6	46,2	46,2	61,5
	Concordo	5	38,5	38,5	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Os pais e as crianças reagem mal ao ficarem isolados					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	1	7,7	7,7	7,7
	Discordo	3	23,1	23,1	30,8
	Não concordo Nem discordo	2	15,4	15,4	46,2
	Concordo	6	46,2	46,2	92,3
	Concordo totalmente	1	7,7	7,7	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Em pediatria há menos infeções cruzadas					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	8	61,5	61,5	61,5
	Discordo	5	38,5	38,5	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Sinto que o risco para mim é menor por trabalhar com crianças					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	9	69,2	69,2	69,2
	Discordo	3	23,1	23,1	92,3
	Não concordo Nem discordo	1	7,7	7,7	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Os pais não cumprem as recomendações de isolamento					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo	7	53,8	53,8	53,8
	Não concordo Nem discordo	2	15,4	15,4	69,2
	Concordo	4	30,8	30,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

As visitas não cumprem as recomendações de isolamento					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo	6	46,2	46,2	46,2
	Não concordo Nem discordo	1	7,7	7,7	53,8
	Concordo	5	38,5	38,5	92,3
	Concordo totalmente	1	7,7	7,7	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Não existem formações deste âmbito na instituição					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	4	30,8	30,8	30,8
	Discordo	7	53,8	53,8	84,6
	Não concordo Nem discordo	1	7,7	7,7	92,3
	Concordo	1	7,7	7,7	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Não existem auditorias à técnica de isolamento					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	5	38,5	38,5	38,5
	Discordo	4	30,8	30,8	69,2
	Não concordo Nem discordo	3	23,1	23,1	92,3
	Concordo	1	7,7	7,7	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Não tenho conhecimento da taxa de IACS da instituição					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	1	7,7	7,7	7,7
	Discordo	6	46,2	46,2	53,8
	Não concordo Nem discordo	2	15,4	15,4	69,2
	Concordo	4	30,8	30,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Tenho conhecimento da taxa IACS dos serviços de Pediatria da Instituição					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo	4	30,8	30,8	30,8
	Não concordo Nem discordo	2	15,4	15,4	46,2
	Concordo	6	46,2	46,2	92,3
	Concordo totalmente	1	7,7	7,7	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Não é feita esta discussão no serviço no sentido de melhorar					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	5	38,5	38,5	38,5
	Discordo	7	53,8	53,8	92,3
	Concordo	1	7,7	7,7	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

A distribuição de crianças por enfermeiros no meu serviço tem em conta a necessidade ou não de isolamento

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo	2	15,4	15,4	15,4
	Não concordo Nem discordo	1	7,7	7,7	23,1
	Concordo	8	61,5	61,5	84,6
	Concordo totalmente	2	15,4	15,4	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Não tenho tempo para pensar nestas temáticas pois existem outros cuidados prioritários e inadiáveis

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	7	53,8	53,8	53,8
	Discordo	6	46,2	46,2	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Os órgãos de gestão não se empenham na prevenção das IACS

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	1	7,7	7,7	7,7
	Discordo	5	38,5	38,5	46,2
	Não concordo Nem discordo	7	53,8	53,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

A dotação de equipa é insuficiente para responder à especificidade de uma criança isolada					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	1	7,7	7,7	7,7
	Discordo	3	23,1	23,1	30,8
	Não concordo Nem discordo	4	30,8	30,8	61,5
	Concordo	3	23,1	23,1	84,6
	Concordo totalmente	2	15,4	15,4	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Os pais devem ser um elemento integrante da equipa de cuidados					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Concordo	1	7,7	7,7	7,7
	Concordo totalmente	12	92,3	92,3	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

A criança deve ser um elemento integrante da equipa de cuidados					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não concordo Nem discordo	3	23,1	23,1	23,1
	Concordo	3	23,1	23,1	46,2
	Concordo totalmente	7	53,8	53,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Os mesmos devem ser explicados no momento da admissão e durante todo o internamento					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Concordo	3	23,1	23,1	23,1
	Concordo totalmente	10	76,9	76,9	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

A informação transmitida oralmente aos pais é suficiente					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	3	23,1	23,1	23,1
	Discordo	9	69,2	69,2	92,3
	Não concordo Nem discordo	1	7,7	7,7	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Complementar a informação oral aos pais com material de suporte é uma medida importante					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	1	7,7	7,7	7,7
	Concordo	6	46,2	46,2	53,8
	Concordo totalmente	6	46,2	46,2	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Ao capacitar os pais face a esta problemática a minha prestação de cuidados fica facilitada					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Discordo totalmente	1	7,7	7,7	7,7
	Discordo	2	15,4	15,4	23,1
	Não concordo Nem discordo	1	7,7	7,7	30,8
	Concordo	6	46,2	46,2	76,9
	Concordo totalmente	3	23,1	23,1	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Os pais são elementos chave neste processo					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Concordo	5	38,5	38,5	38,5
	Concordo totalmente	8	61,5	61,5	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Os pais podem ser elementos chave no cumprimento das medidas de isolamento

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Concordo	7	53,8	53,8	53,8
	Concordo totalmente	6	46,2	46,2	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Uma atitude negativa por parte dos profissionais de saúde, relativamente à participação dos pais, pode comprometer a colaboração dos mesmos

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Concordo	6	46,2	46,2	46,2
	Concordo totalmente	7	53,8	53,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	